FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1962

THÈSE

N° 916

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Georges I. SIBERT

né le 3 août 1926 à PARIS
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Licencié es Sciences

Présentée et soutenue publiquement le 22 Juin 1962

LA STERILISATION FEMININE

PREVENTIVE

Président : Monsieur R. MERGER , *Professeur*

EDITIONS A.G.E.M.P. - 8 RUE DANTE - PARIS V°

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1962 — **THÈSE** — N° —

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Georges I. SIBERT

né le 3 août 1926 à PARIS
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Licencié es Sciences

Présentée et soutenue publiquement le 22 Juin 1962

LA STERILISATION FEMININE PREVENTIVE

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Président : Monsieur R. MERGER , *Professeur*

EDITIONS A.G.E.M.P. - 8 RUE DANTE - PARIS V°

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41523703_0064

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN . . . . . Léon BINET.
Membre de l'Institut

1er ASSESSEUR . . . . . Gaston CORDIER
2e ASSESSEUR . . . . . Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.) / SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	N...
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.) / BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.) / DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	DESGREZ (P.) / POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
Cliniques chirurgicales — Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
Cochin	LEGER (L.)
Cochin	ABOULKER (P.)
Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
Pitié	CORDIER (G.)
Saint-Antoine	GOSSET (J.)
Salpêtrière	SICARD (A.)
Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales — Boucicaut	MILLIEZ (P.)
Broussais	LENÈGRE (J.)
Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Cochin	BROUET (G.)
Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
Lariboisière	SÈZE (S. de)
Pitié	DREYFUS (G.)
Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	BOUR (H.)
	LHERMITTE (F.)
	PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAITRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) OLIVIER (G.) pr. s. ch.
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. ABELANET (R.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.), m. conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	KERN (E.) VOURC'H (G.)
Bactériologie	BARBIER (P.) pr. s. ch. CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	BAILLIFU Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRUH (J.) JEROME (H.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (C.)
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (C.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)
Hygiène	BOYER (J.) pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (Mme L.) SAPIN-JALGUSTRE (H.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) Pr. s. ch. DUPONT (V.)
Médecine légale	FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)
Neurologie	LAPRESLE (J.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)

	MM.
Orthopédie	JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Parasitologie	GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.)
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) (Cl. de) GAUDART-d'ALLAINES GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LŒPER (J.) Pr. s. ch. MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHET (G.)
Pathologie médicale	AUSSANNAIRE (M.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROCHE (Cl.) LESOBRE (R.) LEVEQUE (B.) MACREZ (C.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.)
Pédiatrie-Puériculture	LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)

	MM.
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.)
Physiologie	BARRES (G.) DEJOURS (P.) pr. s. ch. DURAND (J.) GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.)
Physique médicale	CHANTEUR (J.) GOUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch. GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl) TUBIANA(M.) m.conf.
Pneumo phtisiologie	KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)

	MM.
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.) pr. s. ch.
Stomatologie	CERNEA (P.) CHAPUT (Mme A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) MARCHE (J.)
Urologie	AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale	VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.)

	MM.
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie . . . . . HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.

Pathologie chirurgicale . . . . . RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE : BOLTANSKI (E.), LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté . . . . . M. LENA (J.)

Secrétaire principal . . . . . Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque. Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine . . . . . M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateurs . . . . . Mlles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Bibliothécaire . . . . . Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlle LAURENT (H.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la mémoire de MON PERE et de MON FRERE

morts en déportation.

A MA MERE

A MA FEMME et à MES ENFANTS.

A MES BEAUX-PARENTS

A mon Maître, le Professeur R. MERGER,
Professeur à la Faculté de Médecine,
Gynécologue-Accoucheur des Hôpitaux,
Chef de Service au Centre-Médico-Chirurgical Foch,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

Qui m'a fait l'honneur de me donner le sujet et d'accepter la présidence de cette thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici le témoignage de ma très grande gratitude pour tout ce que son enseignement rigoureux, nuancé, humain, m'a appris au cours de l'année que j'ai eu la chance de passer dans le magnifique Service qu'il dirige.

En hommage de profond respect.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX,

Externat :

A Monsieur le Docteur L. AUROUSSEAU,
Chirurgien des Hôpitaux,

A Madame Th. BERTRAND-FONTAINE
Médecin des Hôpitaux,

A Monsieur le Docteur R. DESNOYERS
Gynécologue-Accoucheur des Hôpitaux,

En hommages respecteux.

Externat en premier :

A Monsieur le Docteur J. ANTONNELLI
Médecin des Hôpitaux,

En témoignage de grande reconnaissance pour l'autorité avec laquelle il m'enseigna la médecine clinique.

A Monsieur le Professeur M. DEPARIS
Professeur à la Faculté de Médecine,
Médecin des Hôpitaux,

L'étendue de sa science, sa grande bonté, la haute valeur spirituelle de son exemple, marqueront toujours ses élèves

En témoignage de profonde admiration.

A MES MAITRES D'INTERNAT :

A Monsieur le Professeur C. OLIVIER
Professeur à la Faculté de Médecine,
Chirurgien des Hôpitaux,

Sa haute technique opératoire et son rigoureux enseignement clinique m'ont fait comprendre l'importance du geste réfléchi et de l'indication précise.

Qu'il veuille bien trouver ici l'hommage de ma gratitude et de mon respectueux attachement.

A Monsieur le Docteur M. ROBEY,
Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine
Gynécologue-Accoucheur des Hôpitaux

Pour son accueil si compréhensif, la rare qualité de son enseignement où la clarté le dispute à la finesse,

Qu'il veuille bien trouver ici l'hommage de ma fidèle et respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Docteur A. DUFOUR,
Chirurgien des Hôpitaux,
Directeur Scientifique de l'Amphithéâtre des Hôpitaux.

En témoignage de grande gratitude pour l'accueil bienveillant qu'il a bien voulu me réserver dans son service.

Sa maîtrise de l'urologie sera pour moi un exemple.

A Monsieur le Professeur P. FUNCK - BRENTANO,
Professeur à la Faculté de Médecine
Chirurgien des Hôpitaux,

L'autorité magistrale avec laquelle il enseigne la gynécologie chirurgicale continue la prestigieuse tradition de l'Ecole de Broca.

In Mémoriam.

A Monsieur le Docteur R. BERNARD,
Chirurgien des Hôpitaux,

La qualité de son approche et sa grande autorité opératoire m'ont vivement impressionné.

In Mémoriam

A Monsieur le Docteur J. LEVY,
Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine,

Ses précieux conseils de tous les jours dont le dynamisme raisonné est le fruit d'un vaste savoir, son amical soutien, ont été un appui sans égal.

Qu'il veuille bien croire à mon très sincère attachement.

A MES AUTRES MAITRES D'INTERNAT

A Monsieur le Docteur R. GIRAUD
Gynécologue-Accoucheurs des Hôpitaux,

A Monsieur le Docteur R. HERVE
Gynécologue-Accoucheur des Hôpitaux,

A Monsieur le Docteur H. G. ROBERT,
Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine,

A Monsieur le Docteur H. CHARLEUX,
Chirurgien des Hôpitaux,

A Monsieur le Docteur RETTORI
Chirurgien des Hôpitaux,

A Monsieur le Docteur A. SARRAZIN,
Médecin des Hôpitaux,

Pour leur enseignement si bénéfique
et leur soutien bienveillant.

En témoignage de profonde gratitude.

A Monsieur le Docteur J. MELCHIOR ,
Assistant au Centre Médico-Chirurgical Foch,

En témoignage de profonde et amicale
reconnaissance pour son aide et
ses conseils.

A ceux qui m'ont guidé et instruit au cours de mon Internat :

A Madame A. LANGUEPIN
Chirurgien-Assistant des Hôpitaux.

A Monsieur le Docteur F. COLLOT,
Assistant à l'Hôpital de Bicêtre.

A Monsieur le Docteur G. PIAUX,
Assistant à l'hôpital Bichat.

A Monsieur le Docteur G. THELLIER,
Assistant à l'Hôpital Tenon.

A Monsieur le Docteur P. ANDRE,
Assistant à l'Hôpital Tenon.

Qu'ils soient assurés de ma grande
et vive reconnaissance.

A Monsieur le Docteur H. LARTIGUE,
Ancien chef de Clinique à la Faculté,

En témoignage de profonde estime.

A MES AMIS,

INTRODUCTION

C'est l'Anglais BLUNDELL qui a eu le premier une idée nette de la stérilisation tubaire. La communication originale a paru dans : "Transactions of the medico-chirurgical society of May" en 1819, dans les termes suivants : "Pour écarter l'éventualité d'avoir à pratiquer la césarienne une deuxième fois, l'opérateur devrait à mon avis, avant de fermer l'abdomen, faire ablation d'un fragment de la trompe de Fallope des deux côtés, de manière à interrompre son trajet. La simple section des trompes devrait être suffisante pour obtenir la stérilité, mais l'enlèvement d'une partie du conduit me paraît être un procédé plus sûr et je recommande cette précaution comme un perfectionnement de l'opération".

La rareté des opérations césariennes pratiquées à cette époque et leur gravité ne permettaient pas d'en apprécier les résultats plus ou moins lointains.

Il a fallu attendre jusqu'à LISTER et PASTEUR pour que la stérilisation fasse son entrée dans la pratique opératoire.

Le premier cas de stérilisation tubaire fut, en fait, publié par LUNGREN (1880 - Ohio) et pratiqué à l'occasion d'une césarienne. Cet auteur utilisa la ligature simple des trompes et fut imité par la plupart des premiers opérateurs.

NUNBERGER , dans un mémoire datant de 1917, rassemble les tout premiers cas publiés dans la littérature de 1880 à 1897. Il n'y en eut que 44. Tous, sauf un, furent réalisés à l'occasion d'une césarienne afin d'éviter à l'opérée une hystérotomie ultérieure. Il y eut 4 échecs.

L'année 1897 marque le début d'une étape nouvelle dans la recherche des procédés de stérilisation.

A cette époque, les progrès de la chirurgie sont déjà très importants et KEHRER (Heidelberg) proposa de pratiquer la stérilisation non seulement au cours d'une césarienne mais en dehors même de cette intervention, faisant ainsi de la stérilisation un acte opératoire autonome.

La stérilrsation féminine préventive, simple à réaliser, soulève en revanche de nombreux problème médicaux, moraux et légaux qui semblent même prendre chaque jour plus d'importance.

Nous avons essayé dans cette mise au point de rassembler les éléments actuels qui peuvent permettre au médecin de connaître les aspects essentiels de la question.

Nous envisagerons donc les problèmes médicaux et techniques soulevés par la stérilisation et, sans aborder les points de vue religieux ou moral qui sont affaire personnelle, nous étudierons ses incidences juridique et médico-légale.

°
° °

LES TECHNIQUES de la STERILISATION TUBAIRE

Dans ce chapitre, nous ne décrirons pas les hystérectomies, annexectomies ou salpingectomies pratiquées pour des affections locales (cancer, fibrome, kyste, salpingite, etc...). Dans ces cas, la stérilisation qui en résulte nécessairement n'a pas été à la base de l'indication opératoire. Nous n'aurons en vue que les interventions de stérilisation préventive qui visent uniquement à éviter toute grossesse ultérieure.

Ce faisant, nous ne nous attacherons pas non plus aux procédés physiques de stérilisation (rayons X, radium) agissant essentiellement sur l'ovaire, guère utilisés de nos jours.

Interrompre la continuité du conduit vecteur de l'ovule, empêchant ainsi sa rencontre avec le spermatozoïde fécondant, tel est le but de la stérilisation tubaire, seule méthode aujourd'hui utilisée dans la stérilisation chirurgicale féminine préventive, conçue comme une opération autonome.

Les procédés sont très nombreux et les variantes multipliées à l'infini.

HEWITT et WHISTLEY (1940) décrivent 26 protocoles opératoires différents. Mieux encore, BLOCH (1950) en recense une centaine environ dans la littérature.

Nous n'avons pas l'intention de les analyser tous. Nous n'exposerons que les techniques principales ou courantes actuelles Schématiquement, nous les avons groupées en 5 catégories :

- 1 - occlusion simple de la trompe
- 2 - écrasement de la trompe
- 3 - section de la trompe entre deux ligatures
- 4 - résection partielle de la trompe avec une ou deux ligatures,
- 5 - résection de la corne uterine.

I. - OCCLUSION SIMPLE DE LA TROMPE

Elle peut être réalisée par :

. une ligature simple,
. la pose d'un clips métallique
. l'électrocoagulation du conduit tubaire.

Ligature simple de la trompe

Un fil irrésorbable ou non est passé à l'aiguille ou au passe-fil et lié au niveau du tiers moyen de la trompe. La simplicité et la rapidité de cette méthode n'ont pas empêché son abandon par la majorité des auteurs, les refertilisations ayant été assez fréquentes. Dans une statistique établie par LAFFONT, on compte trois insuccès sur 8 ligatures simples. Nous ne ferons que mentionner la suture du pavillon, geste aussi simple que la ligature isthmique mais qui s'est avérée souvent peu efficace.

Pose d'un clips de tantalium (EVANS)

Cette méthode simplifiée a été récemment proposée aux U. S. A. On emploie des clips de tantalium de 3 mm d'épaisseur et de 9 mm de longueur, manipulés à l'aide d'une pince spéciale permettant à la fois préhension et pression. Le clips est placé à la jonction de la portion ampullaire et de l'infundibulum tubaire, là où la paroi musculaire est mince, où la lumière n'excède pas 2 mm, là où par conséquent l'occlusion est le plus facilement obtenue.

Le clips ne doit pas enserrer de mésosalpinx, une nécrose tubaire par ischémie pourrait en résulter.

EVANS ne voit dans ce procédé que des avantages :

. efficacité,
. simplicité,
. brièveté,
. absence de saignement,
. réversibilité possible car les 9/10 proximaux de la trompe restent sains.

Triple électrocoagulation tubaire sur pinces

procédé de LYONS, modifié par GRANJON-LOFFREDO.

Il comporte trois temps :

- la dissection et l'isolement de la trompe au niveau de l'isthme ;
- son électrocoagulation sur trois pinces fines réalisant une triple destruction sténosante et complète des tuniques musculeuse et muqueuse de la trompe ;
- sa péritonisation ;

On incise finement le feuillet postérieur péritonéal au bord inférieur dela trompe sur une longueur de 3 cm . On isole la trompe du péritoine aux ciseaux fins, en dégageant doucement le paquet vasculo-nerveux sous-tubaire que l'on rédine vers le bas. Cette dissection de la trompe est grandement facilitée au cours de la grossesse en raison de l'aisance du clivage péritonéal. La trompe ainsi isolée surprend toujours par son aspect filiforme. Elle doit être isolée sur au moins 3 cm.

Trois pinces fines de HALSTEDT sont disposées sur la trompe à 1/2 cm l'une de l'autre, de telle façon que leur bec ne dépasse pas le bord inférieur de celle-ci.

L'électrocoagulation est faite successivement sur chaque pince, avec un courant d'intensité modérée afin d'éviter la section de la trompe et surtout la diffusion de l'aire de coagulation au péritoine ou au fascia sous-séreux. avec atteinte du paquet vasculo-nerveux sous-tubaire. La simple traction sur les pinces et leur disposition permettent de rester au large du péritoine et de l'arcade sous-tubaire.

La péritonisation faite avec une aiguille sertie de catgut en suturant les deux lèvres péritonéales enfouit cette zone tubaire électrocoagulée.

2. - ECRASEMENT DE LA TROMPE

Sous cette rubrique, nous englobons les techniques dérivées de la méthode de MADLENER dont voici la description initiale :

"L'opérateur saisit la trompe avec une pince là où elle est le plus mobile, c'est-à-dire en son milieu. Il la tire vers le haut de façon à la couder à angle droit. De l'autre main, il pose alors l'entérotribe de DOYEN, tout contre la pointe de la première pince. Les deux bras de trompe saisis, de même qu'une petite pointe de mésosalpinx, sont serrés et écrasés jusqu'à réduction à l'épaisseur d'une feuille de papier. On enlève ensuite l'écraseur et, pendant que la pince maintient encore la trompe, on pose une solide ligature irrésorbable au niveau de l'écrasement. "

Il semble que l'obturation tubaire soit due,non seulement à l'écrasement-ligature de la trompe, mais surtout à l'écrasement simultané d'une petite portion de mésosalpinx, ce qui trouble profondément la circulation du coude sus-jacent à l'écrasement. Il se produirait une nécrose de cette portion avec formation d'une large et solide cicatrice conjonctive.

WASER, attachant une grande importance à l'écrasement d'une plus large portion de mésosalpinx, au lieu de poser l'écra-

seur au sommet de l'angle formé par la traction de la trompe, le place plus bas.

HANS décrit une variante du procédé de MADLENER : c'est un écrasement double sur la trompe, suivi d'une double ligature.

STEIN reprend cette technique de double ligature sur deux boucles formées sur la trompe, mais sans écrasement préalable.

3. - SECTION DE LA TROMPE

La section de la trompe se fait soit simplement entre deux ligatures, soit suivie de l'enfouissement de l'un ou des deux moignons.

Section entre deux ligatures :

Elle se réalise très simplement.

Deux ligatures sont posées au niveau de l'isthme, précédées ou non d'un écrasement plus ou moins prolongé. Ces ligatures passent au ras du bord inférieur de la trompe, évitant l'arcade sous-tubaire.

La section entre deux ligatures ou entre deux pinces, liée ensuite, est pratiquée au ciseau ou au bistouri. On peut compléter la section par une thermo-cautérisation des tranches sectionnées, ce qui donne une garantie supplémentaire d'obturation. On peut réaliser simultanément section et cautérisation en utilisant le bistouri électrique.

Enfouissement des moignons après section de la trompe

L'enfouissement des extrêmités tubaires sectionnées tend à constituer une cloison sur le trajet de la trompe.

Il est pratiqué :

- soit dans le ligament large,
- soit dans la musculature utérine

Enfouissement dans le ligament large :

Il est réalisé en séparant l'un de l'autre les deux feuillets du ligament large, au-dessous du niveau de la section, de façon à former une poche suffisante pour le moignon tubaire. On suture ensuite les deux feuillets du mésosalpinx, au-dessus du moignon, par un surjet, des points en X ou une bourse. Ces temps doivent être exécutés avec minutie afin de ne pas léser les vaisseaux du méso-

salpinx que l'on peut voir par transparence. Beaucoup de chirurgiens enfouissent les deux moignons dans la même poche péritonéale. D'autres n'enfouissent que le moignon utérin, ce qui semble plus logique car le but de l'enfouissement n'est pas tant de péritoniser les sections tubaires que de créer une barrière infranchissable entre la cavité tubaire perméable et la cavité péritonéale.

LECONTE DES FLORIS préconise une inclusion plus profonde du moignon utérin poussé jusque sous le ligament rond. La trompe est sectionnée à 2 cm de la corne, entre deux pinces écrasantes. La ligature est faite au ras des pinces avec un fil non résorbable. Les deux chefs de la ligature proximale sont laissés longs. On ouvre le ligament large et on étale la brèche. On pique l'aiguille de REVERDIN d'avant en arrière sur la face antérieure de l'aileron du ligament rond, mordant légèrement sur lui ; elle ressort par la brèche péritonéale et ramène un des chefs de la ligature. L'autre chef est ramené de la même manière à 1 cm de distance. Le fil est noué sur la face antérieure de l'aileron du ligament rond.

Le moignon se trouve ainsi attiré, sans effort, profondément dans le tissu cellulaire sous-péritonéal du ligament rond où il est fixé solidement.

La péritonisation est effectuée très hermétiquement au fil non résorbable enfouissant le moignon sur toute sa hauteur jusqu'à sa naissance sur la corne utérine.

Le moignon tubo-ampullaire peut accessoirement être inclus dans la même brèche ligamentaire, mais alors à distance.

Enfouissement du moignon utérin dans la musculeuse utérine :

Voici la technique de d'IRVING, modifiée par TE LINDE.

La trompe est liée au moyen d'une double ligature au catgut chromé 0 à 2,5 cm de la corne utérine et sectionnée. Les fils du moignon utérin sont laissés longs. L'extrêmité proximale est dégagée du mésosalpinx.

Une petite incision est faite dans la séreuse utérine à la face postérieure de l'utérus près de la corne. On crée alors une petite loge dans la musculeuse en introduisant sur 1,5 cm. une pince pointue que l'on écarte. Les fils de ligature du moignon utérin sont chargés successivement par une aiguille qui pénètre dans la musculeuse utérine à 1,5 cm de la néocavité, sort par celle-ci et ressort en arrière.

Une traction est exercée sur les deux chefs et après en-

fouissement de l'extrêmité tubaire dans la cavité musculaire, on noue les fils.

La poche est fermée sous le moignon tubaire par une suture au catgut fin.

On peut accessoirement enfouir l'extrêmité distale tubaire entre les deux feuillets du mésosalpinx.

4. - RESECTION PARTIELLE DE LA TROMPE

Nous en décrirons trois aspects :

1 - Résection de la portion ampullaire de la trompe ;
2 - Résection segmentaire isthmique entre deux ligatures ;
3 - Résection d'une boucle isthmique au-dessus d'une ligature (POMEROY).

Résection de la portion ampullaire de la trompe

Une ligature précédée ou non d'un écrasement est posée à la jonction ampoule-infundibulum, ou mieux au niveau du segment ampullaire de la trompe. On sectionne du côté du pavillon.

Le segment distal est libéré du mésosalpinx et l'hémostase réalisée sélectivement ou en bloc.

Le moignon tubaire peut, là aussi, être enfoui entre les deux feuillets du ligament large ou diathermo-cautérisé.

Résection segmentaire isthmique entre deux ligatures

Deux ligatures irrésorbables le plus souvent sont posées à 4 ou 6 cm de distance l'une de l'autre, sur un segment isthmique préalablement libéré du mésosalpinx.

On resèque la portion comprise entre les deux noeuds.

Cautérisation des moignons et enfouissement entre les feuillets du ligament large sont souvent associés.

Technique de POMEROY

Elle consiste à soulever une boucle au niveau du tiers moyen de la trompe. Une ligature au catgut chromé 1 ou 0 est posée à la base de l'anse ainsi formée, le noeud prenant nécessairement une partie du mésosalpinx.

L'anse et la portion de méso-sus-jacents sont sectionnées au-dessus de la ligature.

TE LINDE apporte une petite modification en écrasant la base de l'anse, ce qui rapproche cette technique de celle de MADLENER.

5. - RESECTION DE LA CORNE UTERINE

Elle consiste en une excision cunéiforme de la portion intersticielle de la trompe. La trompe est sectionnée entre deux ligatures, au catgut chromé 0, à 1 ou 2 cm de son extrêmité utérine.

Le segment proximal est séparé du mésosalpinx jusqu'à la corne utérine. Les vaisseaux sont liés électivement. Le coin à enlever, en forme de quartier d'orange, est délimité par deux incisions courbes, l'une en avant, l'autre en arrière ; il emporte la portion intersticielle de la trompe.

On suture la corne par un point en U qui vient facilement à bout de l'hémorragie. Les deux feuillets du ligament large sont séparés et suturés de telle façon que la corne et le moignon distal se trouvent enfouis dans leur écartement. Le ligament rond est ramené et fixé au-dessus de cette péritonisation, ce qui constitue une double barrière au niveau de l'ostium utérin de la trompe.

En conclusion, si depuis BLUNDELL un nombre considérable de procédés ont été préconisés et décrits dans la littérature nous n'avons retenu que les techniques actuellement utilisées.

En fait, ne sont pratiquées sur une grande échelle que :

- La méthode de POMEROY,
- La méthode de MADLENER,
- La méthode de MADLENER-POMEROY, associant ligature et écrasement d'une boucle tubaire et résection sus-jacente, utilisée surtout dans les pays anglo-saxons, germaniques et scandinaves.
- La ligature-résection entre 2 ligatures, qui a la faveur de la majorité des gynécologues français.

Quant à la méthode d'IRVING et à la résection cunéiforme de la corne utérine, elles possèdent encore de nombreux partisans aux U. S. A.

Tels sont donc les principaux procédés utilisés actuellement par les gynécologues et les chirurgiens pour réaliser une stérilisation tubaire définitive.

Deux problème doivent également être résolus dans le cadre du manuel opératoire :

- Les voies d'abord,
- Le temps optimum de l'intervention.

° ° °

LES VOIES D'ABORD de la STERILISATION TUBAIRE

Quel que soit le procédé utilisé, la stérilisation peut être réalisée par voie abdominale ou par voie vaginale.

Il est des cas qui ne soulèvent évidemment aucun problème : la voie d'abord s'impose d'elle-même, qu'il s'agisse soit d'une stérilisation pratiquée au cours d'une césarienne, soit d'une stérilisation tubaire, temps complémentaire d'une opération plastique périnéo-vaginale.

Lorsque le seul but de l'intervention est la stérilisation, les auteurs se partagent. Si la majorité d'entre eux se rallient à la laparotomie, un grand nombre pourtant préfèrent la voie vaginale.

1. - STERILISATION PAR LAPARATOMIE

Elle est présentée par ses partisans comme étant la voie d'abord la plus sûre et la plus rapide.

Elle permet une meilleure exposition des trompes, donc un travail plus minutieux. Elle est possible quelle que soit la date, de l'intervention, tandis que la voie vaginale ne peut être pratiquée dans les suites de couches.

2. - STERILISATION PAR VOIE VAGINALE

Elle semble préférable à la laparatomie pour GREEN-ARMYTAGE, BOYSEN et Mac RAE qui y ont recours de principe.

Si l'intervention a lieu à distance d'une période de gravidité (4 à 6 mois au moins pour BOYSEN et non les 6 semaines classiques), elle ne présente pas plus de difficulté qu'un abord abdominal.

Les objections que cette méthode a soulevées : exiguité du champ opératoire, recherche laborieuse des trompes au cours de laquelle elles risquent d'être blessées, tombent si elle est employée alors que l'involution complète de l'utérus lui a fait retrouver consistance ferme et volume normal.

La voie basse offrirait en outre de très sérieux avantages :

- absence de cicatrice abdominale.
- absence des douleurs post-opératoires habituelles des laparatomies.
- hospitalisation plus courte.
- acceptation facile de la "voie naturelle" qui écarte la peur et l'anxiété fréquemment causées par une interven vention abdominale.
- enfin, possibilité de pratiquer en même temps une chirur gie plastique reconstitutive du périnée souvent abîmé chez les grandes multipares. Quand existe l'indication d'une périnéoraphie, la stérilisation par voie vaginale est pratiquée par beaucoup de ceux qui habituellement procèdent par voie haute.

La stérilisation par voie vaginale comprend les temps opératoires suivants :

- La colpotomie antérieure (R. MERGER, J. LEVY, J. MELCHIOR).

. l'extériorisation et le déplissement de la paroi vaginale antérieure se font par traction en bas et en arrière sur une pince de MUSEUX amarrant la lèvre antérieure du col.

. Incision transversale pré et sus-cervicale du vagin.

. Clivage intervésicovaginal et colpotomie verticale aux ciseaux à bouts ronds.

. Achèvement latéral du décollement intervésicovaginal, lequel peut être poursuivi au tampon ou au doigt jusqu'aux branches ischio-pubiennes.

. Refoulement de la vessie au tampon après avoir fait l'hémostase des piliers de la vessie.

. Deux doigts insérés sous la vessie sont écartés pour refouler les uretères latéralement. Le décollement de la vessie est mené jusqu'au cul-de-sac intervésico-utérin qui apparaît en profondeur sous forme d'un bourrelet transversal blanchâtre doublé de graisse.

. Ouverture du cul-de-sac péritonéal en le tendant par exexemple par une valve étroite qui soulève la vessie, la brèche est élargie à droite et à gauche.

- L'extériorisation de l'utérus

L'index recourbé en crochet autour du fond utérin, procédant par asynclitisme, fait émerger les cornes, l'une après l'autre.

Il est parfois nécessaire de saisir la face antérieure de l'organe par une pince de POZZI, par plusieurs prises successives exécutées avec douceur pour ne pas déchirer.

Le refoulement du col, en arrière, enbas et de côté, facilite l'extériorisation de la corne contro-latérale.

Pour éviter toute erreur, il est essentiel de bien distinguer le ligament rond du conduit tubaire. Le premier est isolé, tandis que le second est attaché à un méso. Pour plus de sûreté, il vaut mieux suivre la trompe jusqu'à son extrêmité infundibulaire ; la méprise n'est alors plus possible.

- La stérilisation est alors pratiquée selon l'une des modalités décrites précédemment. Le bistouri électrique est ici souvent utilisé pour la section entre deux ligatures ou deux pinces sans ligature (GREEN-ARMYTAGE) et pour l'hémostase du méso.

On termine par la suture du péritoine au catgut en X ou en surjet et par la suture vaginale. GREEN-ARMYTAGE conseille la mise en place d'un tampon vaginal maintenant l'utérus en antéversion, et de surélever les pieds du lit de la malade pendant 24 heures. Ainsi évite-t-on les adhérences entre épiploon et intestin d'une part, moignon tubaire d'autre part.

A côté de la laparatomie et de la colpotomie antérieure, certains procédés ont été récemment préconisés, tendant à limiter au minimum l'acte opératoire et le temps d'immobilisation de la femme. Il s'agit de :

- L'obstruction de la corne utérine par cautère-intra-utérin,
- La pose de clips de tantalium par culdoscopie,
- La section-électrocoagulation isthmique percoelioscopique.

Obstruction de la corne utérine par cautère intra-utérin

Cette méthode est surtout utilisée dans les pays surpeuplés d'Extrême-Orient où l'indication principale de la stérilisation réside dans la multiparité.

C'est DICKINSON qui l'a décrite pour la première fois en 1929. Il employait une sonde demi-flexible portant à son extrêmité un fil de platine qu'il introduisait dans la cavité utérine jusqu'au contact de la corne. Le courant électrique portant à l'incandescence le filament de platine déterminait une brûlure de la région utéro-tubaire produisant secondairement une obturation de l'ostium tubaire

par rétrécissement cicatriciel. De VILBIS (1935), sur 30 cas traités de cette façon, obtient 43 % d'échecs.

HYAMS (1934) perfectionne la méthode en utilisant une pointe de métal épousant les contours de la corne utérine et qui s'adapte au canal intra-mural de la trompe. La pointe est poussée jusqu'à l'isthme tubaire. Un procédé fluoroscopique permet le contrôle et la localisation de la pointe.

La cautérisation est obtenue par un courant de haute-fréquence.

Cathétérisme utérin, électro-cautérisation s'effectuent sans anesthésie, la femme après une demi-heure d'observation retourne chez elle.

Cette méthode semble donc simple, rapide, pouvant être réalisée en série sur des malades ambulatoires.

En fait, ce procédé de stérilisation est mauvais et doit être rejeté. Les échecs sont très nombreux :

- PORTER (1957) : 14 échecs sur 45 cas
- SHEARES (1958) : 43 % d'échecs sur 48 cas.

En outre, la gravité et le nombre de complications se révèlent non négligeables : complications infectieuses, douloureuses ou hémorragiques. SHEARES signale même une mort due à une perforation utérine, une brûlure à l'intestin et péritonite par chute secondaire de l'escarre.

Aussi, pour diminuer le risque de perforation et augmenter les chances d'obturation, a-t-il mis au point une nouvelle électrode en cuivre, arrondie et mousse, à courbure antérieure. La canule est introduite le long du bord latéral de l'utérus et s'arrête au niveau de la corne.

La méthode n'apparaît pas plus satisfaisante : Sur 83 cas, 43 femmes seulement présentent, dix semaines après l'électro-cautérisation, une obturation tubaire bilatérale vérifiée à l'hystéro-salpingo-graphie et à l'insufflation kymographique, 32 femmes nécessitent une deuxième séance, 6 une troisième, et 2 femmes une quatrième séance.

L'auteur a observé, là aussi, des complications ayant imposé l'hystérectomie :

- douleurs résiduelles importantes : 6 %
- pelvi-péritonite : 3 %
- hémorragie : 2,7 %

Par ailleurs, le risque de rupture utérine au niveau de la zone cautérisée reste grand en cas de grossesse ultérieure, quand l'obturation tubaire n'a pas été obtenue. Dans ce cas, l'auteur préconise alors une extraction par hystérectomie et... une ligature des trompes.

Occlusion tubaire par un clips de tantalium mis en place par culdoscopie.

NEUMANN, reprenant le procédé d'EVANS, met actuellement au point une technique de mise en place du clips obturateur par culdoscopie à l'aide d'un long clamp tubaire.

L'auteur ne cache pas que ce procédé, qu'il expérimente sur des singes, risque de se solder par un fort pourcentage d'échecs chez la femme. Aussi ne pense-t-il pas que cette méthode doive être appliquée quand la stérilisation procède d'une indication médicale formelle. L'obturation serait réversible et cette façon d'opérer pourrait être préconisée comme moyen de contraception dans les pays surpeuplés, pour des femmes non hospitalisées, dans la mesure où la loi et la religion le permettent et là où les procédés mécaniques semblent voués à l'échec.

Section- électrocoagulation isthmique per-coelioscopique

Cette technique a été mise au point par PALMER.

PALMER utilise le gros coelioscope de DRAPIER, introduit par une petite boutonnière médiane et la pince à biopsie coelioscopique introduite latéralement et dont le manche en ébonite isole les doigts de l'opérateur du courant électrique.

La section est réalisée en deux morsures successives afin d'éviter la blessure de l'arcade sous-tubaire, et sur la même trompe en deux endroits différents séparés de 1 cm l'un de l'autre.

Le petit nombre de cas (10) et l'absence de recul ne permettent pas encore de porter un jugement valable.

Cependant, cette technique requiert une grande habitude de la coelioscopie.

D'aucuns peuvent aussi n'y pas trouver un grand avantage sur la laparatomie ou la colpotomie, moins aveugles et à peine plus longues, sinon aussi rapides.

° ° °

LE TEMPS OPTIMUM de la STERILISATION

Le contexte chirurgical dans lequel prend place la stérilisation tubaire est relativement varié. C'est ainsi qu'elle peut être pratiquée :

- au cours d'une intervention gynécologique,
- au cours d'une césarienne,
- associée à un avortement thérapeutique,
- isolément, comme objet unique ou principal de l'intervention.

Dans les deux premiers cas, c'est l'époque où doit être pratiquée l'intervention gynécologique majeure ou la césarienne qui commande le temps de la stérilisation. Celle-ci apparaît comme un temps complémentaire ; elle n'a pas fait porter à elle seule l'indication de l'extraction de l'enfant par voie haute ou de l'opération gynécologique.

Lorsqu'une stérilisation doit être faite au terme d'une grossesse, on serait tenté de la réaliser au cours d'une césarienne systématique, même si rien ne s'oppose à l'accouchement naturel. En fait, il en est souvent ainsi pour nombre de chirurgiens.

TE LINDE, dressant une statistique portant sur plusieurs centaines de cas de stérilisation tubaire, associée à une césarienne, constate 43 % de morbidité maternelle (comprenant des incidents bénins et des complications plus sérieuses), alors qu'il n'en obtenait que 12 % seulement en cas de stérilisation post-partum isolée. Pour lui, donc, l'indication de la césarienne ne doit pas dépendre de l'indication de la stérilisation.

Stérilisation associée à un avortement thérapeutique

Comme nous le verrons, il faut parfois, pour des raisons médicales, formelles, interrompre prématurément la grossesse et stériliser la femme.

Cette double opération est réalisée en un temps ou en deux temps.

- Avortement thérapeutique et stérilisation simultanés

La plupart des auteurs estiment que stérilisation et avortement doivent être pratiqués en même temps, afin d'éviter deux anesthésies à la malade, souvent fatiguée, dans un état général précaire, présentant parfois un mauvais état respiratoire.

Là aussi, on a le choix entre la voie haute et la voie basse.

. Par laparatomie, l'hystérotomie porte sur la face antérieure du corps utérin. On réalise ainsi une petite césarienne corporéale ; on extrait un oeuf complet, non souillé.

Après suture utérine, la cicatrice est recouverte du péritoine vésico-utérin, préalablement décollé. La stérilisation tubaire termine l'opération. Elle est simple, sans surprise, rapide.

Par voie basse

Certains auteurs restent fidèles à la voie vaginale. Ils opèrent de la façon suivante :

- Colpotomie antérieure à la CROSSEN.
- Refoulement de la vessie, assez haut et bien latéralement.
- Ouverture du cul-de-sac utéro-vésical
- Abaissement de l'utérus avec précaution.
- Hystérotomie juste au-dessus du point d'insertion de ce cul-de-sac.
- Evacuation de l'oeuf avec une pince à avortement.
- Révision de l'utérus par curage et curetage.
- On termine par une dilation du col qui permet d'évacuer les secrétions utérines.
- L'utérus vidé se rétracte rapidement ; on attire alors son fond à la vulve et on intervient sur les trompes. Quand la grossesse est déjà assez avancée - 2 mois 1/2 à 3 mois -, PORTES, GRANJON, MAYER recommandaient de ponctionner préalablement la cavité amniotique avec une grosse aiguille introduite en plein corps utérin, ce qui diminue considérablement le volume de celui-ci et rend l'extériorisation facile.

On peut aussi extraire l'oeuf par césarienne vaginale, où après refoulement de la vessie par colpotomie, on incise le col et le segment inférieur. R. MERGER, J. LEVY, J. MELCHIOR pensent que cette façon de faire est dangereuse : "La mortalité maternelle est loin d'être négligeable et les accidents des parties molles, utérus ou vésicaux, non exceptionnels.... Mieux vaut la solution claire et non dangereuse de la césarienne abdominale.

- Avortement thérapeutique et stérilisation en deux temps

De nombreux chirurgiens, anglo-saxons et scandinaves, sont opposés à la simultanéité des deux actes, arguant de la plus grande morbidité opératoire.

JENSEN et LESTER, sur 347 avortements-stérilisations n'en ont réalisé que 56 en un temps. Dans les autres cas, la stérilisation a été faite 15 jours après l'avortement par voie basse.

C'est parmi ces 56 malades que les auteurs ont noté le pourcentage le plus élevé de complications post-opératoires : thromboses veineuses, embolies, infections abdominales à type d'iléus surtout, complications pulmonaires.

JERLOV cite 3 morts sur une série d'avortements-stérilisations, alors qu'il n'a constaté aucun accident post-opératoire sur 148 avortements par voie vaginale suivis, à distance, de stérilisations abdominales.

BOYSEN, avançant une statistique de LULL portant sur 589 stérilisations, note que les 5 morts qu'il déplore sont consécutives, toutes, à une stérilisation pratiquée en même temps que l'avortement.

On comprend que ces auteurs, devant des chiffres aussi pessimistes, préfèrent la technique en deux temps. Il faut ajouter cependant que ces statistiques sont un peu anciennes (10 à 15 ans) et que la thérapeutique médicale actuelle aurait probablement diminué le nombre et la gravité des complications.

Quoi qu'il en soit, l'évacuation par les voies naturelles est réalisée après dilatation cervicale préalable aux laminaires complétée si besoin aux bougies et suivie de curetage.

La stérilisation prend place une à deux semaines plus tard et souvent alors par voie abdominale.

Stérilisation tubaire isolée

Une femme venant d'accoucher par voie basse et devant être stérilisée, doit-on profiter de son séjour en maternité, ou doit-on remettre la stérilisation à plus tard ?

Il y a deux manières de résoudre le problème :

- Stérilisation à distance de l'accouchement

C'est la façon de voir de certains auteurs qui en profitent pour corriger les troubles éventuels de la statique pelvienne

si fréquente chez les multipares : prolapsus discret, rétro-version (AUCLAIR, SARFATI).

AUGUST associe de principe la stérilisation post-partum tardive au traitement chirurgical d'une lésion possible de la sphère abdomino-génitale :

- périnéorraphie,
- appendicectomie,
- résection ovarienne,
- cure herniaire
- réfection de la paroi abdominale.

BOYSEN attend au moins 4 à 5 mois après l'accouchement, l'involution utérine étant complète et l'imbibition gravidique des tissus ayant disparu.

PIGEAUD demande à la femme de revenir deux mois après l'accouchement, pensant que ce délai est indispensable à l'intéressée pour réfléchir et peser les conséquences de la ligature - résection des trompes.

- La stérilisation puerpérale précoce

est réalisable soit dans les 24 ou 48 heures qui suivent l'accouchement (GUTTMACHER, PRYSTOWSKY) ; WHITACRE la préconise même dans l'heure qui suit la délivrance, mais il vaut certainement mieux attendre que le risque d'hémorragie de la délivrance ait disparu (TE LINDE) ; soit dans les jours qui suivent, la femme ayant alors totalement recouvré son état normal.

Cette façon de faire présente en outre des avantages indéniables :

- Elle évite une nouvelle hospitalisation, toujours difficile pour une mère de famille (LANTUEJOUL, MERGER).
- Elle écarte le risque, non négligeable, d'une nouvelle fécondation, d'une grossesse indésirable pour la santé de la femme.
- Elle permet enfin, par la situation haute du fond utérin, d'aborder les trompes par une petite incision abdominale,
  - . soit médiane sous-ombilicale à minima
  - . soit transversale sous-ombilicale (RUSSEL)
  - . soit encore péri-ombilicale esthétique (Von SAUTER

Dans ce dernier cas, l'incision cutanée est pratiquée sur la

circonférence inférieure de l'ombilic ; c'est à ce niveau que la paroi est la plus fine. Aponévrose et péritoine sont également incisés transversalement, après refoulement vers le bas des tissus graisseux. L'intestin est refoulé grâce à la position de Trendelenbourg. Les trompes sont extériorisées au doigt en luxant les cornes utérines, ou à vue sur pince. Aux U. S. A. , cette voie d'abord associée à la technique de POMEROY, la plus rapide, est assez souvent utilisée sous anesthésie locale.

Nous allons conclure ce chapitre par quelques statistiques qui témoignent d'une façon éloquente des options différentes des gynécologues anglo-saxons et français.

LEE - RANDAL

1. 169 stérilisations en 22 ans :

189 au cours d'une césarienne

285 au cours d'une intervention plastique vagino-périnéale.

695 en dehors de toute autre intervention.

LULL - MITCHELL

738 stérilisations en 10 ans :

384 au cours d'une césarienne

72 au cours d'hystérotomie pour avortement thérapeutique,

214 au cours d'une intervention gynécologique

68 stérilisations puerpérales.

AUGUST

606 stérilisations en 10 ans :

111 au cours d'une césarienne

228 stérilisations puerpérales,

267 stérilisations plusieurs mois après l'accouchement associées à une autre intervention.

AUCLAIR (Argenteuil)

37 stérilisations en 5 ans, dont 34 au cours d'une césarienne.

PIGEAUD (Lyon)

30 stérilisations en 5 ans :

11 au cours d'une césarienne

19 stérilisations isolées.

LEPAGE - SUREAU (Paris)

114 stérilisations en 10 ans :

81 au cours d'une césarienne,

22 au cours d'une hystérotomie pour avortement,

3 % stérilisations puerpérales

7 % en dehors de toute gravidité.

PALLIEZ - DELECOUR (Lille)

53 stérilisations en 12 ans,

toutes au cours d'une césarienne.

Ainsi de la multitude des procédés de stérilisation tubaire décrits depuis le début du siècle, seules les techniques les plus simples semblent avoir été retenues par la majorité des gynécologues et chirurgiens actuels.

Mais, si l'acte opératoire est simple, sa conséquence - la stérilité - est lourde pour la malade.

C'est l'avenir de cette femme stérilisée que nous allons aborder dans les chapitres suivants :

La stérilisation chirurgicale mérite-t-elle vraiment lsa réputation de bénignité ?

N'est-elle pas responsable de complications immédiates ou secondaires ? Doit-on lui imputer certain déséquilibre endocrinien ou psychique tardif ?

Est-elle réellement efficace à tout coup ?

Aussi, allons-nous envisager successivement :

- Les complications,
- Les suites éloignées
- Les Echecs

de la stérilisation tubaire.

° ° °

LES COMPLICATIONS de la STERILISATION TUBAIRE

La stérilisation tubaire, à partir du moment où une anesthésie est donnée et une coeliotomie pratiquée, comporte inévitablement un risque opératoire, qui dans quelques cas malheureux peut compromettre gravement l'existence de la maladie, ce qui va, bien sûr, à l'encontre du but cherché.

AU COURS DE L'INTERVENTION

L'anesthésie, à elle seule, peut être la cause d'accidents parfois gravissimes, en particulier chez certaines femmes qui présentent une cardiopathie décompensée, une insuffisance rénale ou respiratoire sévère et chez qui il faudra être particulièrement attentif au type et à la surveillance de l'anesthésie.

Quant à l'acte opératoire lui-même, il n'offre aucune difficulté et ne devrait pas être cause de complications per-opératoires. Il faut cependant signaler la fréquence des hématomes du ligament large, surtout au cours de la séparation des feuillets du mésosalpinx et de leur suture, lorsqu'on veut enfouir les moignons. Cet incident, le plus souvent, n'a pas de gravité immédiate, mais prédispose à la thrombose ultérieure. Parfois, l'importance de l'hémorragie est telle que l'hystérectomie apparaît comme la seule façon de pratiquer l'hémostase.

DANS LES SUITES OPERATOIRES

Un certain nombre d'incidents peuvent survenir comme pour n'importe quel autre type d'intervention :

- fièvre et douleur,
- congestions pulmonaires,
- rétention d'urines réflexe
- petits hématomes ou abcès pariétaux,
- iléus paralytiques, transitoires.

Mais des incidents plus sérieux peuvent se voir ici, directement imputables à la stérilisation :

- iléus par adhérence d'anses sur des moignons tubaires plus ou moins infectés, ou sur une nécrose secondaire par écrasement trop appuyé selon la technique de MADLENER (BLOCH)

- complications infectieuses péritonéales (abcès du Douglas) ou sous-péritonéales (abcès du ligament large) quand la ligature-résection a porté sur des trompes en état d'infection.

Dans ce cas, il vaut mieux recourir d'emblée à la salpingectomie.

En fait, le risque majeur de la stérilisation chirurgicale réside dans les complications thrombo-emboliques.

La richesse du plexus veineux du ligament large, l'état particulier de la crase et de la circulation sanguines en fin de grossesse, sont autant d'éléments favorisants.

Ce ne sont pas tant les thromboses des membres inférieurs qui sont le plus à redouter - un examen rigoureux permet le plus souvent de les détecter à temps et d'instaurer précocement le traitement par les anticoagulants - que les thromboses des veines péri-utérines.

Elles peuvent se manifester par des signes pelviens à type de douleur, de dysurie, de petites métrorragies, voire même par une phlegmatia alba dolens d'apparition brutale. Mais elles peuvent aussi se révéler dramatiquement par une embolie pulmonaire, parfois massive et mortelle.

Nous allons passer en revue les résultats donnés par quelques auteurs ; ils nous permettront de chiffrer le risque opératoire de la stérilisation tubaire.

LAFFONT

sur 394 cas réunis en 1929 9 complications :

- 1 complication pulmonaire,
- 2 insuffisances cardiaques;
- 1 tétanos dû au catgut,
- 1 occlusion intestinale,
- 1 hématome pertubaire

DOYCE - DEES (U. S. A.)

670 stérilisations de 1946 à 1956 :

. 1 seule complication sérieuse

. 1 abcès pelvien avec occlusion, traité avec succès

BOURG (Belgique)

Sur 59 stérilisations jusqu'en 1961, 5 complications :

. 1 thrombose

. 3 congestions pulmonaires,

. 1 embolie massive.

Dans 3 cas la stérilisation accompagnait une césarienne.

PRYSTOWSKY - EASTMAN (U. S. A.)

1. 830 stérilisations de 1936 à 1950 :

19 incidents per opératoires, dont 2 majeurs : hématomes importants du ligament large ayant nécessité à chaque fois une hystérectomie.

Parmi les complications opératoires, on note 585 incidents sans grande gravité et 3 morts dont 2 embolies massives. A l'autopsie de l'une d'elles, on découvre une thrombose de la veine ovarienne droite.

LULL et MITCHELL (U. S. A.)

Sur 1. 550 stérilisations jusqu'en 1953, enregistrent 11 décès se répartissant de la façon suivante :

. 2 péritonites généralisées dont une à la suite d'un abcès du Douglas.

. 2 embolies pulmonaires.

. 1 pneumonie lobaire,

. 1 tuberculose miliaire,

. 3 défaillances cardiaques aigües

. 2 insuffisances rénales.

Dans tous ces cas, la stérilisation était associée à une autre intervention.

BUTLER - GAMBLE (U. S. A.)

Sur 2. 984 stérilisations réalisées de 1905 à 1949, notent 5 décès. Ces auteurs citent une statistique suédoise de 1949 portant sur 2 séries :

17 morts sur 8. 009 stérilisations,

5 morts sur 4. 150.

Plusieurs éléments sont à retenir dans l'étude des complications citées par les auteurs ci-dessus :

- Le procédé de stérilisation n'est pas en cause.

- En revanche, on note un pourcentage plus élevé d'accidents au cours des stérilisations par laparatomie que par voie basse, surtout s'il y a association avec une autre intervention (césarienne, avortement par hystérotomie, appendicectomie).

- La mortalité et la morbidité considérables de certaines statistiques s'expliquent par le fait que les cas réunis étaient antérieurs à l'ère des antibiotiques et des anticoagulants. En outre, les progrès de la réanimation, l'existence de respirateurs artificiels per-opératoires, permettent d'envisager l'intervention et l'anesthésie avec plus de sérénité.

En fait, les accidents graves, à issue fatale, sont actuellement exceptionnels. Pourtant, aussi minimes qu'il soit, le risque existe et cette notion doit entrer en ligne de compte lorsqu'il s'agit de poser l'indication de stérilisation.

LES COMPLICATIONS TARDIVES

Certains accidents d'une extrême rareté, survenus longtemps après la stérilisation, ont été signalés dans la littérature.

1 - Grossesse extra-utérine

C'est une forme d'échec de la stérilisation. Nous y reviendrons.

LAFFONT

en réunit 3 cas ; sur les 17 échecs de PRYSTOWSKY, il y a 6 grossesses ectopiques, ce qui semble être un pourcentage très élevé.

MILLIEZ

dans une observation (1955 mentionne le cas d'une femme stérilisée par résection pour décompensation cardio-vasculaire et

qui fut opérée en urgence, 4 mois plus tard, pour rupture de grossesse tubaire droite.

CHABRUT (1929)

note deux grossesses extra-utérines après salpingectomie bilatérale et retrouve 15 cas identiques dans la littérature.

KIRSCHNER, KIMBAL

relatent dans une publication récente (1961) une rupture de la corne utérine due à une grossesse intersticielle, survenue 10 mois après une salpingectomie.

24 cas identiques sont retrouvés.

En fait, cette éventualité reste rarissime, mais il faut cependant connaître sa possibilité et y penser devant un syndrome abdominal aigu douloureux, chez une femme stérilisée.

2 - Torsion de la trompe :

KOHL et SANDLER ont eu les 2 seuls cas de torsion de la trompe après stérilisation type POMEROY.

Il y a eu à chaque fois torsion de l'extrêmité distale de la trompe, tandis que la portion proximale apparaissait normale à la laparatomie. Il semble que le mécanisme ait été le suivant : la discontinuité du fait du ligament large a permis au mésosalpinx distal d'agir comme un pédicule, le segment ampullaire restant libre peut alors ébaucher des mouvements de balancier et d'enroulement, d'où la possibilité de torsion.

3- Hydrosalpinx secondaire :

KOLLER et GRAYBURN ont décrit, le premier, 3 cas, le second 1 cas d'hydrosalpinx apparus quelques années après une stérilisation tubaire.

La technique utilisée fut l'écrasement-ligature en deux points différents et, à chaque fois, l'hydrosalpinx se développa entre les deux ligatures, tandis que segments proximal et ampullaire restaient indemnes.

Pour GRAYBURN, ceci semble condamner la méthode de HANS. Si deux ligatures sont posées à distance sur une trompe, la portion intermédiaire devrait être réséquée.

Ces faits, par ailleurs, semblent venir à l'appui de la théorie étiopathogénique mécanique de l'hydrosalpinx, qui veut

que celui-ci se forme lentement par impossibilité d'évacuation du mucus, par obturation tubaire.

Pour NOVAK, l'hydrosalpinx n'est que le terme final de l'évolution d'un pyosalpinx où l'élément purulent s'est progressivement résorbé et transformé en un liquide clair.

° ° °

LES CONSEQUENCES LOINTAINES

de la

STERILISATION TUBAIRE

Peu de travaux d'ensemble ont été publiés sur ce sujet.

La difficulté de convoquer toutes les femmes, plusieurs fois, pendant de nombreuses années, rend difficile l'établissement de statistiques valables.

Quelques auteurs ont cependant entrepris cette tâche, mais le plus souvent sur un nombre restreint de malades.

Nous envisagerons les conséquences loi ntaines de la stérilisation tubaire, sur deux plans :

- gynécologique et endocrinien, d'une part,
- psychologique, d'autre part.

CONSEQUENCES GYNECOLOGIQUES et ENDOCRINIENNES

Ce sont essentiellement des troubles de la menstruation et des algies pelviennes tardives.

L'atteinte du plexus nerveux et de l'arcade vasculaire sous-tubaires par ligature ou écrasement peuvent les expliquer dans une certaine mesure. C'est dire qu'ils seront plu s fréquemment rencondrés dans les suites des stérilisations type MADLENER ou POMEROY. De fait, les chiffres les plus élevés ont été publiés dans des statistiques américaines ou scandinaves.

Il semble que les procédés respectant au mieux le paquet vasculo-nerveux sous-tubaire, s'accompagnent exceptionnellement de troubles douloureux ou menstruels. Il y a grand intérêt donc, au cours des ligatures - résections - procédé le plus utilisé en France ' - à ne pas dépasser le bord inférieur au ras de la trompe.

Voici quelques exemples appuyant ces considérations :

CHOSSON :

Sur 40 femmes stérilisées (par ligature-résection) l'étude de la fonction menstruelle a donné les résultats suivants :

- longueur du cycle :
  - . inchangée : 27
  - . allongée 6
  - . diminuée 7

- durée des règles :
  - . inchangée 30
  - . augmentée 2
  - . diminuée 8

- abondance
  - . inchangée 24
  - . augmentée 5
  - . diminuée 17, mais ici souvent il s'agissait de femmes à l'âge du climatère.

- apparition ou aggravation d'un syndrome prémenstruel : 8

- apparition d'une dysménorrhée : 3

- l'âge de la ménopause est peu affecté.

Au total, le retentissement est peu important.

DOYCE - DEES

Sur 670 cas (MADLENER - POMEROY), 69 femmes, soit 10 %, présentèrent par la suite des ménorragies importantes, ayant nécessité 3 curetages hémostatiques et 18 hystérectomies secondaires.

En fait, les auteurs ne sont pas sûrs que la stérilisation soit directement responsable de ces complications hémorragiques puisque, à leur avis, 10 % des femmes présentent à un moment donné de leur existence des troubles des règles, surtout à type de ménorragies.

WILLIAM - JONES - MERRIL

Sur 200 femmes stérilisées par les méthodes de POMME - ROY ou MADLENER, 30 (16,5 %) revinrent consulter pour métrorragies ou méno-métrorragies. Parmi celles-ci, une dizaine avaient été stérilisées pour hypertension artérielle et, pour elles, les auteurs pensent que les hémorragies doivent être plutôt mises sur le compte de la maladie vasculaire.

JENSEN - LESTER

Ces auteurs présentent la statistique la plus sévère : sur 487 femmes stérilisées selon la méthode de MADLENER :

- 75 se plaignirent longtemps après d'algies pelviennes, plus ou moins intenses,
- 108, soit 25 % présentèrent des anomalies franches de la menstruation.
- 9 une aménorrhée définitive
- 14 une irrégularité complète
- 67 eurent des règles plus fréquentes et plus abondantes.
- 18 des règles moins fréquentes et moins abondantes.

CONSEQUENCES PSYCHOLOGIQUES

Si la stérilisation est le plus souvent suivie d'une libération psychologique de l'acte sexuel et par conséquent ne comporte aucun retentissement psychique fâcheux, bien au contraire, il existe un certain nombre de cas où des réaction psychopathologiques peuvent être directement imputables à l'impossibilité d'une nouvelle grossesse. Cette variation du comportement dépend, bien sûr de nombreux facteurs plus ou moins intriqués :

- Etat psychique et affectivité antérieurs

Les instables, les névrosées, apparaissent plus vulnérables.

Pour BERTHELSEN, la femme la moins intelligente supporterait psychologiquement moins bien la stérilisation. Pour cet auteur, la psychasthénie a tendance dépressive serait une contre-indication.

- Convictions religieuses à la base du doute et du remords

- Etat socio-économique ; c'est ainsi que, le plus souvent, une grande multipare de condition modeste accepte la stérilisation sans problèmes.

RETENTISSEMENT SUR LA VIE SEXUELLE

La majeure partie des femmes interrogées ne constatent aucun changement important dans leur vie sexuelle (fréquence, libido et orgasme).

Pour les autres, un nombre important d'entre elles confessent qu'elles se sentent libérées de l'angoisse d'une nouvelle grossesse et affirment prendre un plus grand plaisir aux rapports sexuels. Certaines mêmes n'ont atteint l'orgasme qu'après la stérilisation, alors qu'elles se plaignaient auparavant d'une frigidité partielle, l'attirance vers le partenaire restant normale.

Enfin, un nombre non négligeable de femmes sexuellement satisfaites avant la stérilisation présentent une nette diminution du plaisir sexuel, en rapport le plus souvent avec un sentiment conscient ou refoulé de culpabilité.

Voici les résultats de trois enquêtes différentes :

JENSEN - LESTER

Sur 396 femmes interrogées :

350 manifestent aucune modification,

49 voient leur libido augmenter, dont 27 avec un orgasme plus intense,

47 par contre ont une libido qui a diminué, avec dans 30 cas une diminution et une disparition de l'orgasme.

GUTTMACHER

Le pourcentage des réponses se répartit ainsi :

44 % vie sexuelle inchangée

37 % attrait et plaisir augmentés

19 % libido et orgasme diminués.

CHOSSON

Sur 18 cas étudiés note :

4 aucune modification

3 augmentation de la libido

11 apparition de troubles, à savoir :

. 1 dyspareunie

. 3 frigidités

. 7 cas complexes où l'atteinte de la vie sexuelle, alors que la libido est relativement conservée, consiste en un refoulement au cours du coït, d'une angoisse. Celle-ci résulte de plusieurs éléments affectifs : sentiment de diminution, crainte de perdre l'amour du mari à cause de l'impossibilité de lui donner un enfant, sentiment d'envie envers les femmes enceintes ou accouchées.

MODIFICATIONS DE LA PERSONNALITE

CHOSSON, sur 40 femmes, cite 9 cas de troubles dépressifs ayant duré de 5 à 8 mois et 1 cas de troubles du caractère avec irritabilité et manifestations psychosomatiques.

Ces modifications sont intimement liées à un problème sexuel que nous avons déjà étudié, ou à un problème maternel. En effet, dans 10 cas, on retrouve un sentiment de frustration devant un double désir qui ne pourra plus jamais être satisfait :

- désir d'être mère
- surtout désir d'avoir un "tout petit enfant".

Ces 10 réponses représentent 25 % de la statistique, mais il est évident qu'une généralisation serait pour le moins hâtive.

ACCEPTATION A POSTERIORI DE L'INTERVENTION

Nous donnons les résultats de trois enquêtes qui ont été menées auprès de femmes stérilisées afin d'éclairer ce problème.

JENSEN - LESTER

Sur 396 femmes, 21 regrettent l'intervention. Parmi celles-ci :

- 5 femmes ont été stérilisées sur recommandation du 3 "Comité pour la Stérilisation des déficientes mentales" !
- 6 femmes sont mécontentes des conséquences de l'opération, mais ne veulent plus avoir d'enfant.
- 5 femmes auraient désiré d'autres enfants. Il s'agissait de jeunes femmes ayant peu d'enfants et qui ont été stérilisées pour des raisons socio-économiques.

GUTTMACHER

A la question : "Si vous pouviez choisir de nouveau, décideriez-vous encore de la stérilisation ?", 5 % des femmes interrogées ont répondu "non".

BARNES et ZUSPAN (U.S.A.)

ont mené une enquête sur une plus large échelle ; elle porte sur 457 femmes stérilisées.

Deux questions principales ont été posées :

A la question :: La patiente est-elle en accord avec son état définitif de stérilité ? Les réponses se répartissent ainsi :

- 60 % oui, sans restriction, avec un pourcentage plus élevé chez les économiquement faibles,
- 30 % oui, avec quelques restrictions ; le pourcentage est ici moins important chez les économiquement faibles.
- 10 % non, parmi lesquels 5 % où les époux étaient d'accord avant l'intervention ; pour les autres, il y avait eu hésitation de l'un des conjoints.

La seconde question était plus directe : "Avez-vous des regrets d'avoir subi une stérilisation en considération de l'indication qui a motivé cette intervention ? Les réponses se répartissent de la façon suivante :

Indication de la stérilisation	Réponses en %		
	sans regrets	réponses bivalentes	Regrets
Maladies organiques	67	30	3
Césariennes	67	19,5	13,5
Multiparité	92,2	6,7	1,7

Ainsi, il apparaît ici que ce sont les femmes qui furent stérilisées pour des raisons socio-économiques qui semblent les plus satisfaites.

En revanche, on note un fort pourcentage de réponses bivalentes et douteuses chez les femmes stérilisées au cours d'une césarienne itérative ou pour impératif médical ; chez elles, le sentiment de frustration est assez répandu.

En fonction de la personne qui a formulé la première le voeu de la stérilisation, le partage des réponses est différent.

Quand le médecin a proposé la stérilisation :

. pas de regrets chez 69 %

. réponses bivalentes : 26 %

. regrets : 5 %

Quand l'idée vient de l'intéressée elle-même, le pourcentage des réponses négatives est considérablement abaissé :

. pas de regrets : 91 %

. attitude bivalente : 6,5 %

. regrets : 2,5 %

Ainsi, l'avenir éloigné des femmes stérilisées pose parfois des problèmes, d'ordre psychologique essentiellement. De telles éventualités sont rares ; cependant, elles incitent à envisager avec prudence la stérilisation sur certains terrains.

•
• •

LES ECHECS de la STERILISATION TUBAIRE

Rien n'est plus surprenant que la lecture des nombreuses observations de grossesses survenant après stérilisation chirurgicale. Alors qu'il est très difficile de reperméabiliser ou de refertiliser une trompe malade, la trompe saine, objet de la stérilisation, apparaît souvent particulièrement résistante aux traumatismes opératoires.

Il n'est pas de technique qui ne se solde par un certain pourcentage d'échecs, variant de 1 à 6 %. En fait, il faut interprêter les statistiques avec prudence, car elles portent le plus souvent sur dessséries relativement limitées, donc impropres au calcul statistique rigoureux.

Cependant, elles peuvent fournir une estimation valable.

EXEMPLE D'ECHECS de la STERILISATION TUBAIRE

Section entre deux ligatures

Elle semble donner le plus important taux d'échecs. Déjà LAFFONT (1929) l'estimait à 20 % , ce qui est énorme. Associée à l'enfouissement du moignon interne, la section entre deux ligatures entrâine moins d'insuccès ; le pourcentage descend à un niveau analogue à ceux des autres techniques.

VELLAY (1958) publie une observation de grossesse après stérilisation par section simple entre deux ligatures.

Il conclut à la nécessité d'une résection segmentaire et d'un enfouissement.

AUCLAIR (1961) cite un échec sur 37 cas :

- 1956 : stérilisation par section des trompes entre deux ligatures,
- 1959 : grossesse

LEROUX- LABOUX (1952) : 3 échecs.

Résection entre deux ligatures

ROCHAT (1950), MILLIEZ (1955) ont donné des exemples d'insuccès de cette technique.

SOLAL R. (1959) signale le cas suivant :

En 1958 : ligature-résection bilatérale

En 1959 : grossesse

Au cours de la césarienne, on constate toujours la solution de continuité et aucune trace des fils irrésorbables des ligatures. Les orifices tubaires qui se font face sont parfaitement visibles. L'analyse histologique objective la perméabilité sur tous les fragments.

Méthode de MADLENER

MADLENER, sur 168 cas en 22 ans, n'a pas un seul échec.

LAFFONT et ses élèves, sur 32 cas, n'ont jamais eu d'insuccès.

BLOCH (1950) rapporte deux échecs sur 200 cas.

DIPPEL (1940) relate 5 échecs sur 101 cas (4,9 %)

KNIGHT (1950) rassemble 4.952 cas et rapporte O,6 % d'échecs.

COLMEIRO - LAFORET (1950), sur 2.936 cas réunis dans la littérature, trouve 1,56 % d'échecs.

DIECKMAN signale que de 1935 à 1945, sur 912 femmes stérilisées, 33 deviennent enceintes ; soit 3,6 %.

Pendant cette période, l'auteur n'a pas pratiqué le procédé type de MADLENER ; il écrasait avec une kocher au lieu d'une doyen, non pas sur le tiers moyen, mais près de l'utérus et pas assez longtemps.

De 1945 à 1951, il revient à la technique de MADLENER. Les résultats de sa statistique restent mauvais : 18 échecs sur 565, soit 3,2 %.

De 1947 à 1953, DIECKMAN apporte une amélioration au procédé typique : avant l'écrasement ligature, il injecte par le pavillon 1 cm^3 d'une solution de :

- morrhuate de sodium 3 %
- alcool benzylique 2 %

Sur 210 cas, il n'y a pas encore un seul échec. Il semble donc que l'association de la destruction chimique de la muqueuse rende définitive la stérilité.

La méthode de POMEROY

KNIGTH ne mentionne que 0,3 % d'échecs.

LULL et MITCHELL (1949), sur 1.566 femmes stérilisées selon ce procédé, en 25 ans, ont 4 échecs, dont 2 purent être imputés à des erreurs de technique (ligament ronde)

BLOCH, depuis qu'il a abandonné le MADLENER pour le POMEROY n'a pas eu d'échecs.

BOYSEN n'a pas un seul insuccès sur 169 cas.

La méthode d'IRVING

Deux statistiques ont été publiées :

- Celle d'IRVING lui-même (1950) : 814 cas : pas d'échecs.

- Celle de HORNSTEIN - KAY (1959) : 906 cas : 1 échec sous forme d'une grossesse abdominale survenue 136 mois après l'opération. Une infection chronique utéro-pelvienne s'étant déclarée dans l'intervalle, les auteurs y voient peut-être la cause d'un désenfouissement du moignon tubaire utérin.

Au total, parmi les procédés les plus employés et selon les données de ces statistiques, il semble que la technique de POMEROY soit meilleurs que celle de MADLENER, la méthode d'IRVING apparaissant encore la plus sûre.

Quant à la ligature-résection, surtout employée en France, les enquêtes publiées ne portent pas sur un aussi grand nombre de cas que celles publiées outre-Atlantique. Elles paraissent cependant aboutir à moins d'échecs que le MADLENER, à beaucoup moins sûrement que la section simple entre ligatures.

CAUSES DES ECHECS DE LA STERILISATION TUBAIRE

Ainsi donc, de tous les procédés utilisés, il n'en est pas un seul qui soit à l'abri d'un insuccès.

La reperméabilisation de la trompe est due :

- soit à une fistule tubo-péritonéale,
- soit à un processus de néo-canalisation.

comme l'ont montré les travaux de DIPPEL sur l'anatomo-pathologie des trompes prélevées au cours des réinterventions.

Par ailleurs, la capacité de régénération de la trompe est souvent remarquable.

Voici 3 exemples illustrant ce fait.

LAFFONT fait une salpingectomie pour grossesse tubaire. Au cours d'une réintervention, 7 ans plus tard, il constate avec surprise la présence, au même endroit, d'une trompe intacte.

SOLAL R. effectue une résection bilatérale des trompes en ne laissant qu'un moignon d'un centimètre. Une hystérographie pratiquée six mois plus tard montre une injection des conduits tubaires sur tout leur trajet.

LE CONTE DES FLORIS pratique une stérilisation par section bilatérale au thermo-cautère à la racine des trompes. Quatre ans plus tard, une grossesse se déclare. Au cours de la césarienne à terme, les trompes apparaissent absolument intactes.

Existe-t-il une explication histologique de ce phénomène ?

Il semble que la cicatrisation de la muqueuse tubaire soit différente de celle des épithéliums des autres viscères creux. La régénération de l'endosalpinx traumatisé, comme l'a montré SAMPSON, peut se poursuivre au-delà des besoins de cicatrisation. Des proliférations épithéliales envahissent alors la musculeuse et des néo-canalicules tapissés de muqueuse font communiquer la cavité tubaire et la cavité péritonéale (GUIGUI).

Cette faculté de régénérescence est-elle favorisée par l'état de gravidité ?

Cette notion ressort à la lecture des statistiques des auteurs anglo-saxons.

BOYSEN a à son passif 5 échecs sur 30 stérilisations puerpérales précoces, alors que sur 189 interventions à 5 mois de

l'accouchement par voie vaginale - comme il le préconise - il n'y a pas une seule grossesse.

DIECKMAN - HAROLD

publient deux tableaux analysant les échecs en fonction des circonstances opératoires.

1936 - 1945

Stérilisations	Nombre	Echecs
Au cours d'une césarienne	418	14 - 3,3 %
Au cours d'un avortement	77	1 - 1,3 %
puerpérales précoces	286	16 - 5,6 %
Au cours d'une laparatomie	93	0 0
Au cours d'une opération plastique vaginale	38	2 - 5,2 %

1945 - 1951

Au cours d'une césarienne	221	8 - 3,6 %
puerpérales précoces	318	10 - 3,6%
Au cours d'une intervention gynécologique	26	0 0

On constate un nombre d'échecs assez important dans les stérilisations réalisées en période de gravidité, à terme, alors qu'il n'y a pas ou peu d'échecs lorsque l'opération a été pratiquée à distance.

Deux hypothèses peuvent être émises :

- d'une part, les modifications gravidiques de la trompe s'opposent peut-être à son obstruction complète ou s'accompagnent de plus grandes possibilités de régénération.

- d'autre part, l'oedème et la friabilité tubaires favorisent vraisemblablement la section des tuniques par la ligature d'où création d'une fistule.

Aussi, de nombreux auteurs, tels par exemple PRYTOWSKY, EASTMAN, TE LINDE, préfèrent-ils le procédé d'IRVING à celui de POMEROY ou MADLENER, dans les stérilisations à terme, mais il ne peut être mené correctement qu'avec un grand jour, aussi ne l'emploient-ils qu'au cours des césariennes, réservant le POMEROY à de petites incisions.

Quel est le mécanisme de la reperméabilisation ?

Comment s'établit à nouveau la communication entre la cavité utérine et la cavité péritonéale, rendant ainsi possible la fécondation ? C'est que l'oblitération n'a pas été toujours obtenue, ou bien elle est réversible malgré ligature, écrasement, section ou résection de la trompe, enfouissement des moignons, ou résection cunéiforme de la corne utérine.

LA LIGATURE

- Une ligature insuffisamment serrée laisse la cavité ouverte

- Une ligature trop serrée peut déchirer la paroi de la trompe généralement à l'emplacement du noeud, d'où résulte une fistule tubo-péritonéale permettant le passage de l'ovule.

Ceci survient facilement avec du fil irrésorbable, qui section ne les tuniques quand la ligature est trop appuyée.

L'ECRASEMENT

- Un écrasement insuffisant peut, comme la ligature lâche, laisser persister un petit passage.

- Un écrasement trop appuyé, trop poussé soit à la pince fine, soit au clamp large, peut être responsable d'une nécrose secondaire avec sphacèle et chute tardive d'escarre.

- Un écrasement énergique associé à une ligature irrésorbable serrée, cumulent donc les chances d'insuccès.

On comprend ainsi pourquoi POMEROY insiste sur les deux éléments essentiels de sa technique, la distinguant de celle de MADLENER :

. pas de clampage préalable favorisant les fistules,

. ligatures au catgut moins escarrifiant que le fil irrésorbable.

Le matériel résorbable susciterait une forte réaction fibreuse qui ferait obstacle à une fistulisation ou à une recanalisation.

SECTION et RESECTION PARTIELLE

Les deux bouts des trompes peuvent se ressouder et rétablir la continuité.

HERVET - SCHRAMM - DUPAY citent une observation de

grossesse après section entre deux ligatures et adossement en canon de fusil des deux moignons.

L'examen histologique de la trompe, après réintervention, montre qu'il y a eu accolement bout à bout des deux tranches.

AUCLAIR fait examiner les deux trompes de son unique cas d'insuccès. Des coupes en série tous les 5 mm montrent :

- à gauche, une nette solution de continuité. Les deux extrêmités borgnes sont séparées par un feutrage fibro-adipeux avec foyers granulomateux.

- à droite, la lumière est continue. Au niveau du tiers moyen, existent des foyers granulomateux avec plasmodes renfermant des débris lamelliformes réfringents que l'on peut considérer comme des reliquats de fil.

SAPPEY injecte du lipiodol dans la lumière tubaire des deux trompes énlevées au cours d'une césarienne, au terme d'une grossesse survenue après stérilisation par résection entre deux ligaments. Sur les clichés, on voit l'emplacement des deux anciennes ligatures et entre elles une zone rétrécie sur 1 cm.

ENFOUISSEMENT

L'inclusion du moignon tubaire proximal dans le ligament large tend à mieux isoler encore la cavité utérine. Pourtant, la délivrance du bout tubaire est possible :

- soit par désenfouissement spontané.

- soit par fissuration de la séreuse au niveau de la péritonisation, où les lames péritonéales sont minces et se déchirent facilement ; il en résulte des trous plus ou moins gros, à travers lesquels le moignon enfoui peut ressortir. De même, lors de la suture, l'aiguille perce dans le péritoine des trous qui, au moment de serrer le noeud, deviennent de véritables ouvertures par lesquelles communiquent la cavité péritonéale et la poche d'enfouissement.

EXCISION CUNEIFORME de la CORNE UTERINE

La communication entre l'utérus et l'abdomen s'établit grâce à la formation d'une fistule utéro-péritonéale.

On sait que la qualité de la cicatrisation à ce niveau n'est pas toujours excellente. Par ailleurs, les hystérographies faites

après salpingectomies et l'examen de la portion tubaire interstitielle montrent souvent des pertuis qui s'épithélialisent (HUGUIER).

MECANISME DU TRANSPORT de L'OVULE

Après avoir passé en revue les diverses modalités de refertilisation spontanée après stérilisation chirurgicale, on peut se demander quel est le mécanisme évoqué pour expliquer le transport de l'oeuf ou de l'ovule vers l'utérus ou le moignon tubaire reperméabilisés.

Ce point n'est pas encore parfaitement éclairci.

En dehors des cas de reconstitution de la lumière tubaire, sur toute sa longueur, ramenant la trompe à son état initial, le passage de l'oeuf dans l'utérus ne peut s'expliquer que par sa migration dans la cavité péritonéale.

Ce fait semble démontré par l'observation de grossesses normales se déclarant chez des femmes ayant une absence congénitale des trompes (STRINGER). La distance parcourue par l'ovule ou l'oeuf peut être considérable, comme en témoignent ces deux observations :

VAYSSIERE et SERMENT relatent le cas d'une grossesse survenue chez une femme ayant subi une salpingectomie gauche pour pyosalpinx et une ovariectomie droite pour dystrophie polykystique.

Y a-t-il eu passage à travers une fistule du moignon utérin gauche, ou fécondation dans la trompe droite d'un ovule venant de la gauche ?

La migration extérieure de l'ovule semble prouvée par l'observation de STEIN, COHEN, ELSON. C'est l'histoire d'une femme stérilisée en 1943 pour fistule recto-vaginale et 3 césariennes ; elle avait déjà eu une annexectomie droite. La technique employée fut la ligature à la base de deux boucles soulevées sur la trompe gauche, sans écrasement. En 1945, la femme devient enceinte et on pratique une hystérectomie vaginale. Une double étude radiographique et histologique est menée sur les pièces anatomiques. On injecte du liquide opaque dans la trompe gauche par le bout utérin et par la trompe ; les clichés montrent qu'il existe un arrêt net de part et d'autre des deux ligatures. Des coupes histologiques en série prouvent l'interruption de la continuité de la lumière tubaire par des éléments fibreux. A droit, des sections en série révèlent par contre l'existence d'un interstice patent au niveau de la corne utérine. Il y a donc eu migration de l'ovule gauche (fécondé ou non) vers l'ostium de la corne droite. Comment expliquer alors que l'ovule ou l'oeuf puisse parvenir à l'orifice tubo ou utéro-péritonéal ?

POKROWSKY (1932) a émis une hypothèse séduisante. Normalement, la captation folliculaire est due :

- d'une part, à la force développée par la rupture du follicule de Graaf qui propulse l'ovule ;

- d'autre part, à l'aspiration de l'ovule dans la sérosité péritonéale par le pavillon de la trompe, phénomène qui serait plus important que la mise en mouvement du liquide par les franges du pavillon.

L'auteur pense que le moignon de trompe et même l'utérus ont conservé cette capacité d'aspiration.

En cela, les contractions de l'utérus jouent un rôle impordial.

POKROWSKY donne à l'appui de sa thèse deux séries de faits :

- de nombreuses données radiologiques prouveraient que l'utérus se contracte en dehors de la grossesse.

- des travaux expérimentaux ont démont'é que les contractions péristaltiques se dirigent des angles vers le col utérin.

DUBREUIL (1954) fait intervenir la notion de courant sérieux tubaire. Pour lui, à l'état normal, au moment de la ponte ovulaire, deux étapes sont à considérer :

- la captation de la ponte folliculaire tout entière par le pavillon tubaire ;

- le transit de l'ovule libéré dans l'ampoule et l'isthme.

Dans les deux cas, le phénomène qui joue le rôle majeur est l'existence d'un courant de sérosité péritonéale, lent, continu, dans la lumière tubaire. Il est dû à l'absorption de cette sérosité par les plis et lamelles de la muqueuse ampullaire, constituant une surface d'absorption, considérable dans l'ampoule, réduite dans l'isthme. Plis et lamelles sont en effet pourvus d'un réseau de fentes lymphatiques absorbantes. Ces fentes sont remplies et vidées alternativement par les contractions péristaltiques de la musculature tubaire.

Si la ponte folliculaire tombre hors du pavillon, elle peut y être ramenée rapidement par ce courant de sérosité ou tardivement après "divagation péritonéale" vers l'un ou l'autre pavillon.

En cas de reperméabilisation de tranches de section tubaire

ce courant séreux persistant pendant toute la durée de la fécondation et de la migration conduit l'oeuf pendant son trajet péritonéal, extra-tubaire, entre les deux moignons tubaires perméables. En outre, ceux-ci peuvent se rapprocher momentanément par un phénomène de tactisme physiologique.

Après avoir passé en revue les complications immédiates et à distance de la stérilisation tubaire et ses échecs, il nous a paru intéressant d'analyser les arguments des auteurs partisans de l'hystérectomie comme technique de stérilisation. A l'opposé, nous verrons les tentatives de stérilisation temporaire qui ont été faites et qui méritent plus qu'une brève mention.

L'HYSTERECTOMIE ENVISAGEE COMME PROCEDE DE STERILISATION

Il existe parmi certains auteurs anglo-saxons une tendance à pratiquer, de parti pris, une hystérectomie lorsqu'il s'agit de stériliser une femme au cours d'une césarienne.

C'est par exemple le cas de MONTAGUE, MEYER et ses collaborateurs, WILLIAM et ses élèves, SANDBERG, DYER.

MEYER a pratiqué, de 1952 à 1957, 100 stérilisations tubaires au cours d'une césarienne et 101 césariennes suivies d'hystérectomies dont 86 avaient pour seul but la stérilisation.

SANDBERG, de 1949 à 1956, sur 1. 012 césariennes, en a fait suivre 97 d'hystérectomies, dont 90 pour stérilisation élective.

Leur attitude, qui peut paraître pour le moins excessive, repose essentiellement sur deux arguments :

- l'hystérectomie écarte formellement la possibilité d'un échec de la stérilisation.

- l'hystérectomie évite les complications gynécologiques rencontrées après ligature, résection ou écrasement des trompes.

Il est évident que l'hystérectomie constitue une garantie quasi absolue d'impossibilité de nouvelles grossesses, encore que ADAMS - SCHREIR ait retrouvé dans la littérature mondiale (1957) 8 cas de grossesses abdominales survenues après hystérectomie subtotale.

C'est l'avenir des femmes hystérectomisées qui semble aux auteurs l'élément essentiel. Pourquoi conserver l'utérus, disent-ils, puisque son unique fonction : la gestation, lui est enlevée, tout en lui conservant son potentiel pathologique :

- cancérisation,

- développement de fibrome,

- troubles menstruels, hémorragies, douleurs dont la proportion varie de 10 à 20 % chez les femmes stérilisées.

WILLIAMS et ses collaborateurs, parmi les 200 femmes qu'ils avaient stérilisées, en ont traité 48, soit 24 %, pour des troubles pelviens divers :

- 30 troubles menstruels et hémorragiques,
- 10 fibromes
- 8 infections chroniques utéro-pelviennes
- 1 adénomyomatose,
- 1 carcinome de l'endomètre.

5 patientes ont dû subir une hystérectomie secondaire.

Nous rappelons les chiffres cités par DOYCE et ses collaborateurs qui ont été obligés de pratiquer 18 hystérectomies et 3 curetages pour hémorragies utérines chez 64 femmes stérilisées (soit 9,5 % des 670 cas de leurs statistiques).

Par ailleurs, se sont déclarées d'autres affections :

- 7 pelvi-péritonites chroniques (1,4 %),
- 5 fibromes (0,7 %)
- 1 épithélioma massif du col utérin
- 1 épithélioma non invasif,
- 1 épithélioma du corps utérin.

L'hystérectomie eût pu éviter ces complications et, pour WILLIAMS l'époque optimum pour l'intervention est justement celle où la stérilisation est indiquée.

Plus tard, d'éventuelles opérations gynécologiques se pratiqueraient sur des femmes plus âgées, donc dans des conditions moins favorables.

Les partisans de l'hystérectomie ne cachent pas qu'elle représente un acte chirurgical majeur à côté des gestes opératoires simples de la stérilisation tubaire. Le risque vésical et urétéral existe ; mais la plus grande difficulté de l'intervention ne doit pas poser de problème à un chirurgien entraîné. MEYER affirme même que l'hystérectomie après césarienne ne requiert que quelques minutes de plus qu'une césarienne suivie de stérilisation :

1 h. 38 en moyenne dans le premier cas,

1 h. 26 en moyenne dans le second.

La morbidité opératoire semble identique pour les deux interventions.

Bien plus, SANDBERG, ainsi que d'ailleurs de nombreux auteurs, assurent que la convalescence d'une hystérectomisée après césarienne est plus rapide, plus simple, plus courte que celle qui suit une césarienne isolée.

GREENHILL, qui a réalisé, 221 césariennes suivies d'hystérectomies, n'a constaté, dans les suites opératoires, aucune différence avec celles des césariennes simples.

L'aménorrhée qui résulte de l'opération doit être prise en considération sur le plan psychologique. Beaucoup de femmes acceptent difficilement la disparition du flux menstruel, s'estimant par là lésées, diminuées, dans leur féminité, car elles considèrent la persistance des règles comme la garantie qu'elles demeurent des femmes sexuellement complètes. Aussi, l'hystérectomie de stérilisation ne s'adresse-t-elle qu'à des patientes parfaitement informées et conscientes.

Il existe donc pour le choix du procédé une sélection préopératoire des malades, soumises au préalable à une enquête psychologique.

En définitive, l'hystérectomie est proposée comme moyen de stérilisation parce qu'elle met à l'abri des échecs et des réinterventions.

En fait, aussi, l'attitude pratique des partisans de cette intervention est moins catégorique qu'elle ne pourrait le paraître tout d'abord.

Quand la stérilisation est indiquée, l'hystérectomie n'est choisie que si l'accouchement se fait par voie haute et ce en des circonstances précises :

- césariennes à répétition,
- mauvaise qualité du segment inférieur ou d'une cicatrice corporéale rendant toute grossesse ultérieure dangereuse.
- existence de fibromyome, d'une colpocytologie douteuse.

LA STERILISATION TEMPORAIRE

La réversibilité éventuelle de la stérilisation chirurgicale présente un grand intérêt, tant sur le plan médical que sur le plan individuel et psychologique.

Les progrès de la thérapeutique sont tels que les malades qui actuellement semblent incurables ou difficilement traitables peuvent le devenir par la suite. La chirurgie cardiaque en fournit un excellent exemple. Aussi, une indication formelle de stérilisation peut-elle, plusieurs années plus tard, ne plus correspondre à la gravité réelle de l'affection et une nouvelle grossesse ne plus compromettre la santé de la mère.

En outre, dans le même esprit, un remariage, la perte d'un enfant, peut faire regretter la stérilisation pratiquée pour multiparité ou pour toute autre raison où la vie de la mère n'était pas directement en jeu.

C'est dire l'intérêt dans ces cas d'avoir adopté une technique de stérilisation temporaire. Or, on a vu, par ailleurs, les répercussions psychiques, assez fréquentes et parfois graves, que peut causer une stérilisation chez certaines femmes. Si elles savent que l'irrémédiable n'a pas été réalisé, il est indéniable que leurs réactions psycho-pathologiques s'en trouvent considérablement et favorablement influencées.

Pour stériliser la femme tout en conservant l'espoir de pouvoir lui rendre un jour sa fécondité, on a le choix entre trois attitudes techniques :

- On peut exclure l'ovaire en empêchant toute ovulation intra-péritonéale ;

- Ou, au contraire, enfouir la trompe, maintenue intacte par ailleurs, de telle façon que la captation folliculaire soit rendue impossible ;

Dans ces deux cas, la possibilité d'une grossesse ultérieure peut être envisagée après désenfouissement.

- On peut enfin réaliser une stérilisation tubaire selon un des procédés classiques, mais en gardant, comme arrière pensée l'éventualité d'une reconstitution plastique de la trompe.

LA STERILISATION OVARIENNE

Elle peut se réduire à trois types schématiques :

- Inclusion intra-inguinale, qui consiste à extérioriser l'ovaire dans le canal inguinal, après incision parallèle à l'arcade crurale, ouverture du péritoine au niveau du ligament rond, suture du péritoine et du mésosalpinx en arrière de l'ovaire, luxé et maintenu inclus en plein trajet inguinal.

- Inclusion de l'ovaire entre les deux feuillets du ligament large ou du méso-ovarium, après section du ligament tubo-ovarien.

- Inclusion intra-péritonéale qui consiste à isoler l'ovaire dans une logette, un repli, péritonéal ou une poche épiploïque, afin de l'isoler de la grande cavité.

Voici les principaux points de la méthode que VAN DE VELDE décrit en 1921 :

- Section du ligament tubo-ovarien rendant l'ovaire mobile

- Incision transversale sur les faces antérieures et postérieure du ligament large tendu.

- Passage de l'ovaire à travers la boutonnière ainsi créée après dissociation du tissu conjonctif intra-ligamentaire.

Suture de la lèvre inférieure de l'incision de la face postérieure du ligament large avec le feuillet postérieur du méso-ovarium.

- La même chose est répétée de l'autre côté ; les deux ovaires sont alors situés en avant de l'utérus.

- Suture prenant largement le péritoine mobile et la séreuse des ligaments ronds. Les ovaires se trouvent ainsi complètement isolés dans une cavité faite exclusivement de péritoine, assez spacieuse pour permettre la congestion et l'ovulation.

L'auteur eut une fois l'occasion de restituer la fécondité à l'une de ses patientes, ainsi opérée cinq ans plus tôt. Il se contenta de défaire la suture vésico-utérine, sans faire repasser les ovaires à travers le ligament large. Une grossesse se déclara dès le retour de la femme chez elle ; elle fut menée à terme. Plus tard, la femme accoucha normalement encore une fois. Malheureusement, ce succès est resté jusqu'ici sans lendemain.

STERILISATION TEMPORAIRE PAR ENFOUISSEMENT TUBAIRE

Enfouissement vaginal

Par colpotomie postérieure, on attire la trompe par la brèche péritonéale qui est suturée autour du pavillon extériorisé entre le péritoine et le vagin.

Inclusion inguinale (STOECKEL)

L'extrêmité ampullaire de la trompe est attirée dans le canal inguinal où on solidarise la séreuse au pourtour de la boutonnière péritonéale.

Enfouissement dans la paroi abdominale

On crée une poche dans les muscles droits après incision du péritoine et du fascia, par voie endo-abdominale, à 1,5 cm de part et d'autre des lèvres de la médiane sous-ombilicale. On enfouit l'ampoule tubaire de chaque côté et on la fixe par suture séro-séreuse.

Procédé de LITTAUER

Il est dérivé de celui de VAN DE VELDE appliqué à l'ovaire. Ici, ce sont les trompes, séparées de l'ovaire et d'une partie du méso, que l'on fait passer à travers le ligament large et que l'on incarcère dans le cul-de-sac vésico-utérin.

Inclusion dans le ligament large, procédé de TURENNE

Le ligament large est tendu de façon à bien présenter sa face antérieure ; à 15 ou 20 mm du bord inférieur de la trompe et près du pavillon, on fait une incision parallèle à ce bord sur 15 à 25 mm selon le volume de la trompe. Les bords de l'incision sont écartés et les feuillets du ligament large séparés en y creusant une loge suffisante pour contenir le pavillon et environ 1 cm de trompe. Par transfixion, on enferme l'organe dans cette loge et on fixe le tout par une suture en bourse.

Aucune observation de restitution de la fécondité n'a été publiée par les auteurs de toutes ces méthodes.

En revanche, TURENNE signale deux échecs de la stérilisation par désenfouissement spontané. Dans ces deux cas, la stérilisation avait été pratiquée au cours d'une césarienne et l'auteur estime que l'involution utérine n'a pas été étrangère au désenfouissement des trompes. Aussi pense-t-il qu'il faut utiliser ce procédé en dehors de la grossesse.

GAUJOUX (1955) ayant utilisé la même technique fait connaître un échec analogue après 5 ans.

Le procédé d'ALDRIDGE (1934) n'est qu'une modification de celui de TURENNE, mais tend à ménager au mieux la physiologie de la trompe

L'extrêmité externe de la trompe est détachée sur 2 cm du mésosalpinx, afin d'obtenir une bonne mobilisation sans créer de tension sur les vaisseaux.

Sur la face antérieure du ligament large, une petite incision découvre deux feuillets que l'on écarte et on ménage une logette. Celle-ci est faite très superficiellement pour ne pas blesser de vaisseaux. Elle doit se situer un peu en-dedans du segment tubaire libéré, le plus près possible de lui, de façon à ce que, une fois l'inclusion réalisée, il y ait le moins de tension possible.

Deux fils conducteurs sont placés sur le pavillon. Une aiguille transfixant le ligament large les charge et ressort les fils l'un après l'autre. Après enfouissement de l'extrêmité ampullaire de la trompe, les deux fils sont noués ; on suture la lèvre antérieure de la boutonnière péritonéale à la face antérieure de la trompe. On répète la même manoeuvre avec la lèvre postérieure de l'incision péritonéale et la face postérieure de la trompe.

ALDRIDGE ne signale qu'un seul cas de refertilisation : une femme qu'il avait stérilisée selon ce procédé désirant 5 ans plus tard une nouvelle grossesse, le désenfouissement chirurgical est pratiqué. A l'examen, trompes, pavillons, ovaires, utérus étaient normaux. Vingt mois plus tard, la patiente devient enceinte.

De toutes les méthodes de stérilisation temporaire, la technique décrite par ALDRIDGE semble la meilleure.

Elle est simple et rapide, et elle ne présente pas les inconvénients des autres procédés.

Dans ceux-ci, ou bien la trompe est enfouie loin de sa position normale et la tension qui en résulte provoque le désenfouissement, ou bien il faut la séparer de l'ovaire et d'une grande partie du mésosalpinx, d'où malnutrition vasculaire.

D'ailleurs, quel que soit le lieu de l'inclusion, rien ne dit qu'un pavillon sorti de son milieu habituel ne se modifie pas histologiquement et ne perde pas sa capacité fonctionnelle.

Trop peu de travaux ont été entrepris à ce sujet et un nombre trop restreint de restaurations de fécondité après enfouissement tubaire ont été publiés pour qu'il soit possible de porter un jugement

définitif. Il nous semble cependant que ces procédés de stérilisation provisoire ne devraient pas être perdus de vue.

LA REFERTILISATION APRES STERILISATION TUBAIRE CLASSIQUE

Il arrive qu'une femme stérilisée par un des procédés comportant occlusion ligature, écrasement ou résection, demande qu'on lui redonne la possibilité de devenir féconde. En l'absence de contrindications formelles, on peut être amené à tenter de restaurer cette fécondité. On a alors le choix entre trois procédés de valeur inégale :

- greffe ou implantation ovaro-utérine,
- réimplantation tubaire,
- anastomose termino-terminale.

Greffe ou implantation ovaro-utérine

Si la trompe est altérée sur toute son étendue, elle ne peut être d'aucune utilité pour une reconstitution plastique. Il reste alors en dernier ressort la greffe ou l'implantation de l'ovaire.

- La greffe

Il s'agit d'une auto-greffe totale ou partielle, incluse dans la corne utérine ou dans la cavité utérine, directement au contact de la muqueuse.

LAFFONT cite TUFFIER (aucun succès), MORRIS (1 grossesse, 3 ans après la greffe) et FRANCK (3 succès)

Plus récemment, KOHLER (1951) publie l'observation d'une grossesse survenue après greffe ovarienne intra-utérine.

- L'implantation ovaro-utérine

conserve le pédicule nourricier et permettrait ainsi plus sûrement la survie fonctionnelle de la greffe ovarienne simple.

COTTE (1936), sur 223 cas réunis, ne mentionne que 21 grossesses terminées par 7 fausses-couches et 14 accouchements à terme.

Cependant, les résultats d'ensemble de ce type d'intervention restent minces et fort peu encourageants.

La réimplantation tubo-utérine

Nous n'en décrirons pas la technique si répandue dans tous les manuels opératoires.

Elle est essentiellement utilisée dans le traitement conservateur de la grossesse tubaire isthmique.

Les succès obtenus sont dans les meilleures statistiques de l'ordre de 15 %.

PALMER (1961) réunit 311 cas personnels traités par salpingostomie, salpingolyse et réimplantation tubaire. Il a obtenu 67 grossesses utérines (21 %) et 22 récidives de grossesses tubaires (7 %). Cependant, il estime que la grossesse utérine est rencontrée plus souvent après réimplantation qu'après salpingostomie. Il est vrai que ces interventions ne portaient en général que sur des trompes malades, de capacité fonctionnelle aléatoire, tenant à la cause même de la nidation ectopique. On peut se demander, à juste raison, si le nombre d'échecs ne serait pas moins élevé en cas de réimplantation d'une trompe saine, sur la majeure partie de sa longueur, comme c'est le cas d'une trompe stérilisée.

Nous n'avons aucune statistique d'ensemble qui nous permettrait d'apprécier les résultats, mais à priori on peut espérer des succès plus nombreux. C'est ce qui explique que beaucoup de gynécologues réalisant une stérilisation tubaire pratiquent la résection entre deux ligatures le plus près possible de l'utérus, pensant ainsi ménager l'avenir en créant les meilleures conditions pour une éventuelle réimplantation.

SERGUEFF (1943) préconise même la résection du segment juxta-utérin de la trompe, en conservant intacte la tranche de section du segment distal, en vue de la réimplantation ultérieure de ce dernier. Pour cela, il ne place aucune ligature sur la trompe et, ce faisant, permet aux secrétions tubaires de s'écouler librement.

L'anastomose termino-terminale

La constatation de la similitude anatomique et physiologique de la trompe et de l'intestin grêle d'une part, et d'autre part la rapidité avec laquelle cicatrise sans striction importante une anastomose termino-terminale du grêle, ont conduit les auteurs à réaliser cette même intervention sur la trompe.

Cette opération ne peut, bien sûr, s'adresser qu'à des trompes atteintes d'une occlusion limitée laissant intact le parenchyme muco-musculaire adjacent. C'est le cas des trompes occluses chirurgicalement par ligature, écrasement, résection segmentaire.

DUBUIS (1957) estime cette méthode supérieure à la réimplantation tubo-utérine. Voici les principaux éléments de la technique qu'il propose :

- Tout d'abord, s'assurer avant l'intervention, par une salpingographie, de la perméabilité du trajet tubaire intra-mural et du sphincter tubaire, en sachant interprêter une fausse oblitération due au spasme.

- Après laparatomie, il faut être certain d'emblée de la perméabilité du fragment distal. Pour ce faire, il injecte, par une sonde de nélaton introduite dans le pavillon, une solution très diluée de pénicilline-streptomycine (1 gr. strepto + 200. 000 unités de pénicilline dans 20 cc d'eau distillée). Ainsi repère-t-on aisément la limite exacte de l'occlusion au renflement provoqué par le liquide injecté sous pression.

- On excise le segment occlus, aussi près que possible de son oblitération, surtout sur le bout proximal. L'hémostase du méso est réduite au strict minimum ; les artérioles et veinules sont liées isolément.

- Vient le temps délicat de l'intervention : faire pénétrer la sonde de nélaton (assez grosse, n° 4, 6 ou 8) qui sort par la tranche de section distale, dans la tranche de section proximale. Pour cela, on immobilise le moignon par des pinces sans griffes, et on repère l'orifice du canal tubaire par un dilatateur métallique de 1 mm d'épaisseur, à extrêmité conique. La dilatation est menée progressivement sur une profondeur de 1 à 1,5 cm, en utilisant successivement des dilatateurs dont le calibre augmente de 1/4 de mm à chaque fois. On arrive ainsi peu à peu à obtenir une lumière suffisante pour introduire la sonde de nélaton.

- L'anastomose est réalisée sur ce tuteur, à l'aiguille vasculaire sertie de catgut 000, par 4 points totaux noués à l'extérieur, dont l'émergence se fera assez loin des tranches suturées afin d'éverser les muqueuses en les rapprochant. Quatre autres points séro-musculaires sont disposés, alternés avec les premiers. On place un point sur le mésosalpinx.

- On retire la sonde en deça de l'anastomose. La solution d'antibiotiques est injectée et on la voit passer librement dans la cavité utérine. On constate aussi l'étanchéité de la suture.

L'auteur pense que l'opération est techniquement réalisable, quel que soit le niveau du segment tubaire oblitéré. Le rétablissement de la continuité est facile en plein trajet de l'ampoule où la lumière du canal est ici souple et spacieuse. Il est un peu plus délicat entre l'isthme et l'ampoule du fait de la différence de calibre des deux fragments à réunir. Si la section porte au ras de

corne utérine, il est encore possible de se ménager un moignon utilisable en sculptant un manchon lusculaire autour du trajet intra-mural de la trompe.

La reperméabilisation de la trompe est vérifiée huit jours plus tard par salpingographie prudente, ce qui a aussi l'avantage de lever d'éventuelles adhérences en train de se consolider.

ANDREWS, se basant sur le même principe, réalise l'anastomose termino-terminale par une suture en un plan extra-muqueux au fil irrésorbable. Il laisse en place un catéthère de polythène amarré par un catgut au pavillon de la trompe et dans le fascia sous-cutané. Son ablation s'effectue quinze jours plus tard.

La suture séro-musculeuse monoplan, analogue à celle employée en chirurgie intestinale, donne moins d'oedème de la bouche d'anastomose, et, par conséquent, moins de risque de sténose cicatricielle.

Les auteurs, frappés par le pourcentage plus élevé des échecs des stérilisations réalisées au cours d'une césarienne ou dans le proche post-partum, prescrivent dans les suites opératoires des oestro-progestatifs en plus des corticoïdes et des antibiotiques.

Les résultats de cette méthode sont encore réduits :

- 1 succès pour DUBUIS
- 2 succès sur 2 cas de ligatures tubaires, pour ANDREWS.

Le nombre de reperméabilisations pratiquées après stérilisation tubaire est jusqu'à présent trop peu élevé pour qu'il soit permis de rassembler une statistique valable.

Il nous semble cependant que les réimplantations et les anastomoses des trompes saines devraient donner un pourcentage de succès plus important que dans le cas des refertilisations après grossesse ectopique.

°
° °

LES INDICATIONS DE LA STERILISATION FEMININE

L'étude des indications de la stérilisation féminine s'avère épineuse et sujette à discussion sous tous ses aspects. En principe, on ne devrait concevoir l'interdiction de toute grossesse ultérieure que si celle-ci fait courir un danger grave à la mère.

Comme il n'existe aucun texte réglementaire précis à ce sujet, ce risque reste diversement apprécié.

Les uns n'acceptent de stériliser la femme que si la vie de celle-ci est gravement menacée ; les autres admettent une simple déterioration de la santé de la mère ou de ses conditions socio-économiques. Quant aux avis intermédiaires, ils sont nombreux.

Joueront donc pour décider de l'intervention, non seulement l'état pathologique actuel ou potentiel, mais aussi la législation et les traditions du pays, les conceptions éthiques des époux et du médecin, l'âge et le nombre des enfants vivants de la femme. Il n'existe, par conséquent, pas de listes d'affections entraînant systématiquement la stérilisation.

Nous aborderons donc le problème de façon éclectique et non restrictive, en envisageant la plupart des cas où une stérilisation a été, est, ou peut être proposée. Nous verrons que, si sur certains points, l'accord est à peu près réalisé, sur d'autres, bien des divergences de vue existent encore.

Nous considérerons successivement les indications tirées de la pathologie :

- médicale
- gynéco-obstétricale

et psychiatrique

Nous examinerons aussi les problèmes posés par la grande multiparité et de mauvaises conditions socio-économiques, et aussi certaines stérilisations réalisées dans le but d'éviter la naissance d'enfants psychiquement et physiquement déficients.

LES INDICATIONS D'ORDRE MEDICAL

Certaines affections médicales irréversibles rendent toute grossesse si dangereuse pour la mère que la stérilisation chirurgicale s'impose de façon impérieuse et ce sans considération de l'âge et de la parité de la femme. Ces indications s'apparentent à celles de l'avortement thérapeutique, mais ne sont pas identiques cependant.

Les premières répondent à un état permanent susceptible de donner des complications à chaque grossesse ; les secondes sont motivées par un état, grave, mais temporaire et qui ne se renouvellera pas nécessairement à la prochaine grossesse.

En général, dans tous ces cas, le gynécologue accomplit la stérilisation après avis du médecin spécialiste ou le plus souvent sur le voeu formel de celui-ci.

Les cardiopathies

Nous sommes loin, en 1962, des adages de PETER qui refusait aux cardiopathes mariage, grossesse et allaitement.

Les femmes atteintes de valvulite rhumatismale supportent en général bien la grossesse. Elles représentent 90 % des malades cardiaques rencontrées en obstétrique, avec 80 % de sténose mitrale isolée ou associée. Le repos, les mesures hygiéno-diététiques, les thérapeutiques sédatives, diurétiques, tonicardiques, toutes les ressources de l'accouchement dirigé au moment du travail, les antibiotiques et les anticoagulants dans les suites de couches, évitent en règle ou maîtrisent les accidents gravido-cardiaques, les greffes septiques, les thromboses.

En outre, la valvulotomie, dont les indications s'étendent peut redonner aux opérées la possibilité de mener une grossesse à terme sans trop d'encombre.

Cependant, si la stérilisation pour affection cardiaque s'est raréfiée grâce aux progrès thérapeutiques, elle s'impose encore pour un petit nombre de femmes. Il s'agit de malades qui ont présenté des accidents graves ayant mis leur vie en danger :

- oedème aigu du poumon,
- infarctus pulmonaire
- asystolie transitoire,

au cours ou au décours d'une grossesse et chez qui le bilan clinique, électrocardiographique, radiologique, voire hémo-manométrique, objective des signes nets de décompensation du myocarde. Dans ce cas, la grossesse, par le surcroît de travail impose au coeur

par l'hypertension croissante de la petite circulation, comporte un gros risque de mortalité maternelle.

On ne saurait admettre non plus de grossesse chez les malades présentant une arythmie complète ou une sténose mitrale avec grosse distension auriculaire, une défaillance fonctionnelle étant quasi certaine.

Des lésions évolutives avec poussées fébriles et atteintes rhumatismales répétées constituent aussi une contre-indication permanente de la grossesse.

Les cardiopathies congénitales sont très rarement observées (5 %). Parmi les plus graves :

- la tétrade de FALLOT, qui ne permet pas le plus souvent d'atteindre l'âge de la maternité. L'opération de TAUSSIG-BLALOK a permis, non seulement la survie, mais aussi la transformation fonctionnelle d'un bon nombre de ces malades cyanotiques.

Certaines des premières opérées de BLALOK et d'autres chirurgiens ont pu mener leur grossesse à terme.

- La coarctation de l'aorte représente un danger de mort certain par rupture de l'aorte ou hémorragie cérébrale au cours du travail. Une statistique récente de SOULLIE, portant sur 61 femmes enceintes atteintes de sténose isthmique de l'aorte, montre :

36 bonnes tolérances
15 mauvaises tolérances
9 morts.

Comme la persistance du canal artériel et la coarctation aortique sont actuellement systématiquement opérées dans l'enfance, dans quelques années le problème ne se posera plus à l'occasion d'une grossesse.

En conclusion, s'il est presque toujours possible de mener une grossesse à terme et au voisinage du terme chez les cardiaques, on ne saurait trop les mettre en garde contre les grossesses répétées, surtout chez celles qui ont été opérées ou qui ont présenté des incidents cardio-pulmonaires ou veineux. Même les malades qui ont toujours bien toléré leur cardiopathie peuvent pâtir de grossesses multiples par l'altération progressive et inapparente du myocarde.

Par ailleurs, l'impossibilité du repos, le surcroît de labeur que représente pour la mère une famille nombreuse, constituent autant d'éléments s'opposant à la répétition des grossesses chez les cardiaques.

On conçoit que dans tous ces cas la stérilisation soit légitime.

Les syndromes vasculo-rénaux,

L'hypertension artérielle essentielle :

L'hypertension artérielle maligne des sujets jeunes est rarement rencontrée dans les maternités ; la vie de ces femmes est courte ; elles deviennent rarement enceintes.

L'hypertension artérielle bénigne, lentement progressive s'observe surtout à la cinquantaine, mais elle peut déjà se manifester entre 30 et 35 ans, et dès 40 ans, on peut noter un certain degré d'atteinte rénale, cardiaque, secondaires à la maladie vasculaire. Parfois, l'hypertension artérielle essentielle n'est révélée qu'à l'occasion d'une grossesse, par sa persistance après l'accouchement.

Au cours de la grossesse, l'hypertension artérielle essentielle menace le foetus, favorise l'apparition d'une néphropathie gravidique, avec ses accidents paroxystiques possibles. Dès à-coups hypertensifs au cours des dernières semaines ou au moment du travail peuvent faire craindre des accidents neurologiques, hémorragiques ou oedémateux, une défaillance ventriculaire gauche. En fait, en l'absence d'atteinte rénale sévère, le repos, les hypotenseurs, les mesures hygiéno-diététiques, peuvent conduire une grossesse à terme, mais le pronostic infantile reste assez mauvais. Bien plus, dans 45 % des cas (MILLIEZ), la maladie vasculaire s'affirme après l'accouchement, plus grave qu'auparavant, et la grossesse suivante augmente les chances d'accidents maternels et foetaux, et étend le domaine viscéral de la maladie hypertensive.

Les néphrites chroniques

Qu'il s'agisse de glomérulo-néphrite chronique, secondaire souvent à des poussées aiguës ou subaigües de l'enfance et de l'adolescence, ou d'infections urinaires au long cours, le pronostic dépendra du degré d'atteinte des fonctions rénales et surtout de l'importance de la note vasculaire surajoutée. Ainsi, que la lésion rénale, ou que l'hypertension artérielle, ait été à l'origine un tableau commun, vasculo-rénal, est réalisé qui pose les mêmes problèmes foetaux et maternels.

Fond d'oeil, piézogrammes, tests d'exploration de la fonction rénale, urographie intraveineuse, électro-cardiogramme permettront d'apprécier l'état réel du lit vasculaire, le degré d'une insuffisance rénale éventuelle, l'état fonctionnel du myocarde et des coronaires. Ainsi, pourra-t-on mesurer le risque que fait courir une nouvelle grossesse. En fait, en dehors de la

grossesse, l'évaluation de la gravité est difficile, car les insuffisances rénales sévères, tout comme l'hypertension artérielle maligne, sont rares chez les femmes en âge de procréer.

La grossesse réalise l'un des meilleurs tests de la fonction rénale en amplifiant les manifestations symptomatiques de lésions jusque-là peu apparentes.

En conclusion, si la primigeste peut aller le plus souvent jusqu'au terme, sous réserve de surveillance étroite et d'intervention immédiate si des complications maternelles surviennent, il est est certain que les grossesses ultérieures compromettent la fonction rénale et, nous l'avons vu, presque dans la moitié des cas aggravent l'artériopathie diffuse.

Ainsi, quand sont survenus une complication neurologique, ou un accident cardiaque, ou un accident paroxystique de type éclamtique ; si le fond d'oeil montre des lésions du stade III ou IV ; si les chiffres tensionnels subissent une ascension irréversible après l'accouchement ; si les tests d'exploration rénale montrent une aggravation par rapport à l'état antérieur ou d'emblée une insuffisance manifeste ; dans tous ces cas, le risque de la mère est si grand et la chance de mettre au monde un enfant viable si faible, que la stérilisation est justifiée.

La maladie gravidique tardive

(néphropathie gravidique ou toxémie gravidique), lorsqu'elle guérit, le fait sans laisser de traces et ne compromet pas l'avenir obstétrical de la femme ; c'est ce qui caractérise l'absence de lésions organiques de ce syndrome proprement gravidique. Cependant, il n'en est pas toujours ainsi ; certaines atteintes, particulièrement sévères, par exemple avec éclampsie ou apoplexie utéro-placentaire, se soldent par des séquelles rénales, ce qui nous ramène aux condidérations précédentes. De même, une séquelle neurologique d'une crise d'éclampsie doit faire envisager avec méfiance une nouvelle grossesse.

Certaines hypertensions artérielles récidivant à chaque grossesse, alors que tout est normal en dehors d'elles, menacent progressivement la santé de la malade, tandis que la naissance d'un enfant viable devient problématique.

Dans toutes ces éventualités, une stérilisation paraît la meilleure façon de protéger la vie de la mère.

Les affections "chirurgicales" des voies urinaires.

Certaines malformations du rein et du tractus urinaire excréteur, souvent unilatérales, sont à l'origine de l'hypertension artérielle. Si le traitement étiologique s'avère impossible ou s'il ne guérit pas la maladie hypertensive, les grossesses sont à déconseiller.

- La tuberculose rénale n'est plus une cause de stérilisation, le traitement médical et les possibilités d'exérèse partielle ont transformé le pronostic de la maladie.

Cependant, des grossesses multiples ne sont pas recommandées.

- Quant à la maladie polykystique bilatérale et à la pyélonéphrite chronique sévère, compliquant ou non une lithiase rénale, tout dépend de la valeur fonctionnelle des reins. Si les tests montrent une altération des fonctions rénales, la stérilisation doit être conseillée.

- En cas de rein unique, la décision repose sur la valeur fonctionnelle du rein restant. Si celui-ci présente une lésion favorisant l'infection, comme par exemple une lithiase, on imagine la gravité d'une pyélonéphrite gravidique particulièrement fréquente sur ce terrain.

Là aussi, une stérilisation paraît justifiée.

Le diabète

L'interruption provoquée de la grossesse avant terme est très fréquente ; pour éviter la mort in utero du foetus dans les dernières semaines, les césariennes sont la règle.

Chez les diabétiques sévères, même bien équilibrées, surtout si elles ont déjà présenté des antécédents de mort foetale, la stérilisation constitue habituellement le complément d'une césarienne.

Si le nombre d'enfants vivants le permet, bien des auteurs n'attendent pas pour la réaliser, la troisième césarienne traditionnelle, en considération du risque important (50 %) d'aggravation du diabète par les grossesses successives.

Quand existent une rétinopathie diabétique, une glomérulosclérose interpapillaire, le risque couru par la mère est tel, tant sur le plan vital que fonctionnel (visuel) que la stérilisation semble s'imposer d'emblée.

Mais ces faits demeurent l'exception chez les femmes jeunes.

- Les Pneumopathies

La tuberculose pulmonaire ne représente plus actuellement la grande cause des avortements thérapeutiques et des stérilisations qu'elle fut naguère. Grâce à la chimio-antibiothérapie, les lésions sont guéries ou stabilisées et stérilisées, et les grossesses se déroulent sans complications, ni maternelles, ni foetales. Plus que le potentiel évolutif de la maladie, dont on vient facilement à bout par le traitement médical, ce sont ses répercussions sur la capacité fonctionnelle des poumons qui peuvent encore poser des problèmes obstétricaux.

L'insuffisance respiratoire est, en effet, dans certains cas, sévère, incompatible avec la poursuite d'une grossesse. Une défaillance ventriculaire droite possible compromettant gravement la vie de la mère (R. MERGER, J. LEVY, J. MELCHIOR).

Les tests d'exploration respiratoire, l'électrocardiogramme, montrent alors une réduction considérable de la capacité fonctionnelle et souvent déjà une hypertrophie ventriculaire droite. De tels,faites, rares il est vrai, chez des femmes jeunes, peuvent se voir cependant chez des tuberculeuses qui ont été porteuses de pneumothorax thérapeutiques, avec collapsus pulmonaire étendu irrécupérable. Il en est de même pour les femmes atteintes d'asthme grave invétéré avec emphysème chronique, dont l'équilibre respiratoire déjà précaire peut se trouver considérablement aggravé par la grossesse. Certaines distorsions par cypho-scoliose médio-thoracique accentuée aboutissent à une insuffisance respiratoire très prononcée. DEWHURST rapporte, dans ce cadre, des cas de mort par encombrement respiratoire aigu, en fin de grossesse et au cours du travail.

L'interdiction des grossesses apparaît donc, chez ces femmes, comme une mesure nécessaire de sauvegarde. La stérilisation chirurgicale, si elle a lieu, se fera, bien sûr, sous respirapteur d'Angström.

Cependant, toutes les insuffisances pulmonaires ne présentent par une telle diminution de leur capacité ventilatoire, qu'il s'agisse d'asthmatiques, emphysémateuses, scléreuses pulmonaires gibbeuses ou d'anciennes opérées ayant subi une exérèse segmentaire ou lobaire.

Le traitement médical bien conduit permet une bonne tolérance de la grossesse. Au moment de l'accouchement, les antispasmodiques et les ocytociques abrègeront la durée du travail ; le forceps, s'il y a lieu, évitera les efforts expulsifs. Cependant, de nombreuses grossesses sont à éviter.

Insuffisance surrénale

Le traitement hormonal substitutif, correctement mené, évite l'aggravation de la maladie d'ADDISON, particulièrement à craindre au moment de l'accouchement et de la délivrance. Néanmoins, des grossesses multiples ne sont pas à conseiller.

Affections du système nerveux

Les tumeurs cérébrales et médullaires sont aggravées par la grossesse. Certaines opérées pour lesquelles on peut espérer une longue survie n'ont pas intérêt à multiplier les grossesses, surtout s'il s'agit de tumeurs vasculaires, du fait du retentissement de l'imprégnation hormonale gravidique sur l'équilibre circulatoire.

La sclérose en plaque ne semble pas aggravée par la grossesse, mais les statistiques montrent une augmentation du nombre des poussées aiguës dans les mois qui suivent l'accouchement des malades (EVERS).

Les épilepsies sévères posent un délicat problème. Bien que le plus souvent elles ne soient pas aggravées par la grossesse, le terrain mental particulier rend pénible la charge et difficile la responsabilité d'une famille nombreuse.

Il semble logique que la stérilisation puisse être envisagée dans certains de ces cas.

Affections oculaires

La rétinopathie gravidique constitue la manifestation ophtalmologique possible des néphropathies gravidiques, des néphrites antérieures et de la maladie hypertensive.

Si l'amélioration des signes rétiniens se produit dans 50 % des cas après l'accouchement ou l'avortement, dans les 50 % qui restent on note des séquelles définitives avec 10 à 20 % de risque d'évolution vers la cécité (PESTRE).

Par ailleurs, l'apparition d'une rétinite au cours d'une grossesse comporte un risque de récidive de 14 % (PESTRE).

La névrite optique rétobulbaire gravidique régresse le plus souvent après l'expulsion du foetus, mais elle peut récidiver à chaque grossesse et favoriser l'évolution vers l'atrophie optique. On conçoit qu'une stérilisation soit justifiée pour préserver une fonction visuelle gravement compromise par les grossesses.

Otospongiose

On connaît à son sujet le sévère axiome de LERMOYER : "jeune fille pas de mariage, épouse pas de grossesse, mère pas d'allaitement".

En fait, l'affection n'est aggravée par la grossesse que dans 50 % des cas (J. Ch. GIRAUD). Lorsqu'elle s'est manifestée l'interruption de la grossesse s'avère inopérante. La stérilisation chez une multipare atteinte d'otospongiose grave inopérable apparaît donc licite.

LES INDICATIONS D'ORDRE OBSTETRICAL et GYNECOLOGIQUE

Les césariennes itératives

Elles représentent le lot le plus important de stérilisations tubaires. Contrairement à ce que l'on pourrait croire, l'accord n'est pas complet sur le nombre des césariennes admises. La raison essentielle de la stérilisation au cours d'une césarienne itérative réside dans le risque de rupture utérine. Ce risque est assez important lorsqu'il s'agit d'une césarienne corporéale, dont la cicatrice fibreuse, distendue et oedématiée par la gravidité, siégeant dans la zone des contractions actives, amincie et érodée par les villosités choriales, représente une zone de moindre solidité.

En fait, les césariennes corporéales ne devraient plus se voir actuellement et leur répétition se révèle très dangereuse pour la mére.

L'hystérotomie segmentaire réalisée dans une zone mince, élastique, conjonctive, procure une cicatrice de bonne qualité qui parfois se reconnaît à peine lors de la césarienne suivante.

Cependant, certaines restrictions doivent être formulées :

- Une incision verticale correspond pratiquement à une brèche segmento-corporéale.

- Une incision transversale trop haute va, au moment de la suture, faire rapprocher des lambeaux inégaux : lèvre inférieure mince et lèvre supérieure épaisse.

- Enfin, une infection possible peut venir compromettre la qualité de la cicatrisation.

Il résulte de tout cela une assez grande différence dans la qualité des cicatrices du segment inférieur.

Aussi, le pourcentage de ruptures avant le travail peut-il selon les auteurs varier de 1 % (PIGEAUD) à 2 ou 3 % (CHOME) ou 7,6 % (CHATRUSSE). Cela dépend des conditions techniques de l'intervention, de la qualité de l'opérateur, des suites opératoires.

Dans les bons cas, pourquoi un utérus ne supporterait-il pas 4 ou 5 césariennes plutôt que 3, si à chaque fois la cicatrice reste solide, si aucune adhérence pathologique ne se constitue ?

C'est ainsi que GOSSELIN a été amené à pratiquer jusqu'à 4, 5 et 6 césariennes itératives.

BOURG cite le cas d'une sixième pare qui, en raison de ses convictions religieuses avait refusé la stérilisation, alors qu' elle avait déjà subi trois césariennes corporéales et deux césariennes segmentaires.

Aussi certains gynécologues ne prennent-ils la décision de pratiquer la stérilisation, après accord pré-opératoire de la malade, qu'en fonction de l'état anatomique des lieux, quel que soit le nombre de césariennes antérieures.

C'est la position de JAMAIN - LETESSIER, de GOSSELIN.

Il nous semble que de bonnes conditions locales ne sont pas suffisantes pour permettre la répétition des césariennes sans limite raisonnable.

Il faut aussi tenir compte de l'appréhension et de l'anxiété de la mère et de sa famille devant la succession des opérations, qui comporte en outre un risque, minime il est vrai, mais réel ; et si l'on voulait adopter un point de vue finaliste, on pourrait faire valoir que, si le col utérin et le canal vagino-périnéal ont été conçus pour l'accouchement, il n'en est pas de même pour la cavité péritonéale et la paroi abdominale.

La plupart des chirurgiens admettent donc la stérilisation à la troisième césarienne, encore que cette attitude comporte certaines divergences. En effet, certains opérateurs ne proposent pas la stérilisation à la troisième césarienne, mais ne la pratiquent que sur la demande expresse de l'intéressée (PIGEAUD, BOURG). D'autres (HEARIN) la réalisent dès la deuxième césarienne si tel est le désir de la femme, et la recommandent à la 3ème. D'autres, enfin-, sont disposés à pratiquer une ligature-résection des trompes à la première ou à la deuxième césarienne si l'état de l'utérus rend tout autre grossesse dangereuse.

AUCLAIR, dans sa série de 30 césariennes, a pratiqué la ligature-résection tubaire bilatérale :

- 16 fois au cours d'une troisième césarienne,
- 4 fois au cours d'une deuxième en raison du mauvais état du segment inférieur ;
- 6 fois au cours de la première, chez de grandes multipares (VIIème pare au moins).

PALLIEZ, sur 53 cas, a fait 13 stérilisations au cours d'une première césarienne chez de grandes multipares.

Les ruptures utérines

Si la rupture utérine est encore suivie le plus souvent d'hystérectomie, parfois la suture se révèle possible. On peut alors discuter d'une éventuelle stérilisation associée, si l'on a des doutes sur la résistance de la cicatrice au cours d'une grossesse future, et en tenant compte de l'âge de la malade et du nombre d'enfants vivants.

Les hémorragies de la délivrance

Certaines hémorragies graves par trouble de la coagulation, en raison de leurs répétitions, peuvent faire envisager la stérilisation (FAYOT, PETITMAIRE).

Certaines opérations gynécologiques

peuvent poser le problème d'une stérilisation complémentaire.

- Dans un premier groupe, la grossesse apparaît incompatible avec le type d'intervention, telle l'hystéropexie corporéale qui peut se compliquer de rupture utérine, et l'interposition vésico-vaginale de l'utérus qui est suivie à tout coup d'avortement.

En fait, il vaut mieux s'abstenir de pareilles techniques chez des femmes en période de fécondité.

Il existe d'autres procédés compatibles avec l'évolution d'une grossesse. Pourtant, chez une femme près de la ménopause, des auteurs fidèles à ces méthodes leur associent la stérilisation pour éliminer tout risque, si faible soit-il à cet âge, de fécondation.

- Dans un autre groupe, il s'agit d'opérations plastiques dont le résultat peut être compromis par des accouchements ultérieurs. Ce sont essentiellement des opérations type MANCHESTER comportant l'amputation sus-vaginale du col, et les cures des lésions graves du périnée, ayant nécessité une réparation sphincté-

rienne et ano-rectale, voire vésicale. Dans ces cas, le problème semble mieux résolu par la césarienne systématique que par la stérilisation, car ce n'est pas la grossesse qui présente un danger mais l'accouchement. On peut cependant envisager la stérilisation dans ce cas, chez des femmes à la limite de l'âge de fécondité.

Quant à l'attitude de nombreux auteurs anglo-saxons qui associent très souvent stérilisation et opérations vagino-périnéales réparatrices chez des multipares, elle procède plus de raisons socio-économiques que d'une indication médico-chirurgicale formelle.

LES INDICATIONS D'ORDRE PSYCHIATRIQUE

Il faut considérer d'une part la puerpéralité psychopathogène et d'autre part l'influence de la grossesse sur certaines affections pré-existantes.

Les psychoses puerpérales

Elles représentent une indication légitime de la stérilisation. Si le délire aigu encéphalitique est exceptionnel, le passage à la chronicité l'est moins. Quant à la récidive psychopathique, elle reste assez fréquente, parfois à l'occasion de chaque nouvelle grossesse.

Il s'agit, le plus souvent, d'un état mélancolique avec idée de suicide et le danger vital justifie pour la plupart la stérilisation dans les psychoses récidivantes.

EVERS pense que deux grossesses suivies d'épisodes psychotiques suffisent à porter l'indication, les études statistiques ayant montré qu'une troisième attaque évoluait fréquemment vers une issue fatale. Il estime même licite la stérilisation après une seule psychose puerpérale grave, la récidive risquant alors d'aboutir à un état chronique schizophrénique.

Les psychoses dépressives

avec tendance au suicide sont incontestablement aggravées par la grossesse. Le danger qu'elles font courir à la mère justifie pour beaucoup la stérilisation préventive, comme pour les psychoses puerpérales.

Les affections mentales, telles que :

- les arriérations mentales,

- les névroses,
- les psychopathies alcooliques,
- les schizophrénies
- les psychoses délirantes chroniques, etc...

posent dans leur rapport avec la grossesse de difficiles problèmes où, bien souvent, les points de vue du psychiatre, du gynécologue et du législateur s'opposent.

DESHAYES, se faisant le porte-parole des psychiatres, insiste sur le caractère malfaisant de la grossesse survenant en de pareilles circonstances ; malfaisant pour la mère, pour les enfants, pour la famille et pour la société :

. Pour la mère

- soit qu'elle se reproche une faute plus ou moins condamnée par la famille,
- soit qu'elle s'attache à l'enfant et s'en trouve frustrée puisque son état lui interdit de l'élever.

. Pour la famille, dont s'accroissent les charges et les responsabilités.

. Pour les enfants

- soit qu'ils héritent d'une disposition pathogène
- soit surtout qu'ils souffrent dans leur développement affectif d'une existence anormale -(abandon, absence du foyer familial, passages successifs dans des maisons étrangères).

. Pour la société qui, dans sa structure actuelle, " a plus à pâtir qu'à bénéficier de ces enfants mal nés, à la vocation souvent délinquante ou psychiatrique".

Or, ce risque psycho-social se trouve actuellement considérablement accru. En effet, de nombreux malades, jadis internés avec rigueur, bénéficient maintenant des progrès thérapeutiques qui leur permettent ou une adaptation sociale partielle et familiale, ou de périodes de rémission clinique avec reprise des contacts sociaux rendant inutile une aliénation continue. Par ailleurs, les conditions modernes du traitement des maladies mentales tendent à intégrer les psychopathes dans un milieu social normalisé. Permissions, sorties d'essais, sorties définitives précoces, surveillance intermittente en post-cure, sont pratiquées sur une vaste échelle, sur des malades qui n'ont retrouvé ni personnalité, ni capacité nor-

male. En outre, la chimiothérapie à laquelle ils sont soumis diminue encore vigilance et contrôle. Il existe donc, pour DESHAYES, des contre-indications psychiatriques de la grossesse qui seront posées à la suite d'un bilan tenant compte :

- de l'état mental et physique
- de la nécessité d'un traitement hospitalier ou non,
- de son efficacité prévisible
- de son degré d'incapacité maternelle ; celle-ci procède d'éléments psychiques, répondant à la nature de la psychopathie, et sociaux du fait de l'impossibilité d'une activité professionnelle ou d'une autonomie suffisante pour assurer les besoins matériels.

Or, quelles sont les mesures préventives de la grossesse ?

- Les techniques de Birth-control ?

Elles sont inapplicables en milieu psychiatrique, même si elles étaient autorisées.

- L'avortement thérapeutique ?

L'auteur ne cache pas qu'il lui donne sa préférence, car d'après lui, il ne présenterait que des avantages : adaptation immédiate à la situation actuelle, sans engager l'avenir. Elle est prohibée.

- Reste donc la stérilisation préventive. Nous nous trouvons ici à la limite de l'eugénisme. L'éthique médicale et les traditions actuelles se refusent le plus souvent à intervenir dans le sens désiré par les psychiatres. Et pourtant, répliquent ceux-ci :

- autoriser la grossesse chez nos malades ambulatoires aboutit à des catastrophes psychopathologiques, familiales et sociales parfois.

- refuser la stérilisation et interdire la grossesse conduisent "à un sabotage thérapeutique" (DESHAYES) puisque l'acte sexuel est à la fois la conséquence et la condition de la resocialisation de la personnalité du malade, et si l'interdiction sexuelle se traduit, comme c'est souvent le cas, par l'internement sans motivation médicale valable, DESHAYES estime que les conceptions morales qui sont à la base du refus de stérilisation aboutissent à la négation même de la morale.

Tels sont quelques-uns des problèmes posés par la grossesse en pratique psychiatrique, et l'on conçoit que le gynécologue sollicité par le psychiatre se trouvera souvent devant des décisions difficiles à prendre.

LES INDICATIONS D'ORDRE SOCIO-ECONOMIQUE

Il s'agit essentiellement des stérilisations féminines pour multiparité. C'est ici plus qu'ailleurs que l'on rencontre le maximum de divergences parmi les auteurs, et ceci en raison de leurs conceptions morales et de leurs convictions religieuses.

Beaucoup de gynécologues, surtout en France et dans les pays à majorité catholique, n'acceptent en aucune façon les stérilisations pour une raison sociale.

Les autres, surtout dans les pays anglo-saxons et à majorité protestante, admettent au contraire la légitimité de la stérilisation quand la multiparité porte ou va porter atteinte aux conditions économiques et à l'équilibre familial.

Selon la gravité de la situation maternelle et sanitaire, l'intervention sera soit suggérée par le médecin, ou seulement acceptée par lui sur la demande expresse de l'intéressée.

A partir de quel âge et de quelle parité la stérilisation est-elle pratiquée dans ces cas ?

Les points de vue ne condordent pas tous. Ainsi, GUTMACHER propose la stérilisation à partir de la 6ème grossesse, quel que soit l'âge de la mère. Si celle-ci a entre 30 et 35 ans, il ne la pratique que si la femme a 5 enfants vivants ; après 40 ans 4 suffisent.

PIRAUX et VOKAER (Belgique) acceptent de stériliser les multipares ayant au moins 4 enfants vivants des deux sexes, et qui se trouvent dans une situation matérielle difficile, ou si l'état de santé de la mère est médiocre.

Dans l'ensemble, on peut dire que l'accord semble réalisé sur les normes minima suivantes :

- avoir 30 ans au moins,
- avoir 4 ou 5 enfants au moins pour les uns, 6 à 8 pour les autres,
- existence de facteurs socio-économiques défavorables : salaire du mari, conditions de logement, état de santé permettant ou non la charge des enfants.

Entre ces points de vue opposés, existent, comme nous le verrons, de nombreux avis intermédiaires qui tiennent compte, en des cas d'espèce, de l'association d'un facteur socio-économique et d'un état pathologique plus ou moins prononcé.

LES INDICATIONS TENANT COMPTE DU RISQUE FOETAL

Nous entendons par là les grossesses qui aboutissent à la mise au monde d'enfants morts-nés, ou malformés, ou non viables.

Ces faits sont rares, mais quand ils existent, ils posent de douloureux problèmes.

C'est le cas, par exemple, de l'iso-immunisation Rhésus grave.

HEARIN pense que lorsqu'il y a déjà eu deux ou trois morts d'enfants surtout in utero et que le père est Rhesus positif homozygote, les chances d'obtenir un enfant viable ne dépassent pas 10 %. Pour lui, la stérilisation semble justifiée. En outre, l'effet psychologique sur la mère devient parfois si dangereux qu'il peut compromettre sa santé mentale. De fait, EVERS cite 3 cas de psychoses pour ses 8 cas de stérilisation pour accidents d'iso-immunisation.

LEPAGE et SUREAU ont pratiqué 8 stérilisations pour les mêmes raisons, ce qui ne représentait que 2 % de tous les cas de Rhesus négatif du service.

Les maladies héréditaires et les malformations congénitales à répétition sont pour nombre d'auteurs, surtout étrangers, une cause admissible de stérilisation.

Des études statistiques faites aux U. S. A. (TE LINDE) ont montré que si une femme donne naissance à un enfant malformé, elle a une chance sur 9 d'avoir un autre enfant malformé. Le risque augmentant avec le nombre d'enfants malformés déjà nés.

DUSSART cite 2 cas de stérilisation eugénique pratiquée à la demande des époux :

- le premier est celuidd'une africaine atteinte ainsi que son mari de drépanocytose. Tous les enfants sont homozygotes, 7 sont déjà morts de cette affection, 5 restent en vie.

- le deuxième est celui d'une quartipare qui ne possède qu'un seul enfant normal. Les trois autres sont hydrocéphales.

LEPAGE et SUREAU ont effectué trois stérilisations chez des tarées, pour des raisons analogues.

En général, la stérilisation réalisée en vue d'éviter la naissance d'enfants physiquement ou psychiquement anormaux, n'a pas cours en France. Il y a d'une part l'interdiction religieuse et morale, relevant de la conscience du médecin, il y a aussi l'interdit déontologique, comme nous le verrons.

Par ailleurs, l'imprécision de la science ne permet pas d'évaluer avec certitude le risque génétique.

Il est exact aussi que certaines tares héréditaires sont efficacement traitées. Cependant, il reste des cas particuliers et peu nombreux où la stérilisation paraît justifiée, ne serait-ce que pour préserver l'état de santé physique et mental de la mère.

Ceci nous amène à aborder la question de la stérilisation eugénique légale à caractère collectif et social, absolument prohibée chez nous (TOURAINE).

On sait qu'Hitler avait écrit dans "Mein Kampf" : "L'état doit prendre soin que seul l'individu bien portant ait le droit d'engendrer." Cette idée directrice a été à l'origine des lois allemandes de 1933 qui, dans ce but, rendirent légale la stérilisation "de tout sujet dont on attend avec une grande probabilité, d'après l'expérience de la science médicale, que sa descendance souffrira de graves anomalies héréditaires corporelles ou mentales". On sait où cela a mené, de l'eugénisme au génocide.

Cependant, de nombreux pays, comme par exemple les U. S. A. , la Scandinavie, le canton de Vaud, autorisent et règlementent officiellement la stérilisation chez les malades mentaux ou ceux qui sont capables de transmettre une maladie grave à leur descendance. Ainsi, au Danemark, petit pays de 4. 000. 000 d'habitants, existe une véritable planification eugénique, puisque de 1929 à 1950 eurent lieu 5. 940 stérilisations et 19. 506 avortements pour cette raison.

En Angleterre, il n'existe pas de texte officiel, mais la jurisprudence autorise les stérilisations effectuées dans le souci de préserver l'hérédité. En général, le consentement de l'intéressée est requis, ou en cas d'incapacité psychique celui de son tuteur. Parfois, l'indication est prise d'autorité (Finlande) ; la décision est rendue par un Comité d'Experts, médecins et juristes. La possibilité d'appel et de révision de la décision n'est pas toujours prévue par les textes (GREEN).

Nous sortons ici du domaine médical pour entrer dans celui de la protection sanitaire autoritaire et de la législation pénale.

De fait, certains Etats des U. S. A. ont adopté des lois eugéniques punitives (CRAIG). Ainsi, sur les 57. 218 stérilisations eugéniques effectuées de 1907 à 1955 dans les 28 Etats où elle est officielle, on constate quant aux motifs :

- 44 % de maladies mentales,
- 51 % de "déficiences mentales",
- 5 % de :

. criminalité récidivante,

. dégénérescence morale,

. perversion sexuelle.

Une telle attitude est formellement exclue de la théorie et de la pratique médicale française.

Nous allons maintenant donner en guise de conclusion à ce chapitre une série d'analyses statistiques publiées par des auteurs étrangers et français. On constatera d'emblée la disproportion entre les chiffres cités : les statistiques anglo-saxonnes par exemple portent sur un nombre bien plus considérable de cas que celles des auteurs français. Ce qui correspond à un plus fort pourcentage de stérilisations par rapport au nombre global d'accouchements.

On verra aussi que, à côté des indications médicales absolues de plus en plus rares, des césariennes itératives, on trouve chez les auteurs anglo-saxons, scandinaves et quelques belges, un nombre élevé de stérilisations pour multiparité simple et pour raisons dites médico-sociales. Il s'agit dans ces cas d'affections ou d'antécédents insuffisants par eux-mêmes pour autoriser une stérilisation, mais qui, associés à un facteur socio-économique (multiparité, mauvaises conditions matérielles ou familiales), entraînent la décision opératoire. On constatera l'extrême diversité des états pathologiques invoqués.

IRVING - U. S. A.

1. 106 stérilisations sur 65. 335 accouchements, soit 1,7 % de 1906 à 1949

---

324 césariennes itératives - 29,3 %

270 cardiopathies rhumatismales - 24,4 %

102 hypertensions artérielles - 9,2 %

63 néphrites chroniques,

84 maladies diverses contrindiquant des grossesses ultérieures,

50 tuberculoses pulmonaires,

28 multiparités excessives

67 relâchements du plancher périnéal

25 malformations des tissus mous pelviens

27 difformités et ostéopathies

24 déficiences mentales

18 troubles de la grossesse et du travail

17 Rhésus négatifs,

7 cardiopathies congénitales.

LEE - RANDALL - KEETEL (Etat d'Iowa - U. S. A.)

1. 169 stérilisations de 1926 à 1948. Parmi celles-ci :

285 au cours de la cure d'un prolapsus ou d'un relâchement du plancher pelvien chez une multipare.

193 sur recommandation du "Comité d'Etat pour l'Eugénisme.

LEWIS - SAVEL - PERLMUTTER - IRVING

New-Jersey (U. S. A.)

140 stérilisations sur 10. 874 accouchements (1,28 %) de 1956 à

106 grande multiparité, au-dessus de 7 enfants - 51,7 %

74 césariennes itératives (2ème ou 3ème) - 36,1 %

10 préservations d'une plasti-périnéale chez des multipares - 4,8 %.

9 maladies cardio-vasculaires - 4,3 %

1 tuberculose - 0;49 %

1 rétino-blastome - 0,49 %

4 divers - 1,95 %

PRYSTOWSKY - EASTMAN (U. S. A.)

1. 830 stérilisations de 1936 à 1950

609 grande multiparité - 33,28 % (8 enfants au moins)

281 césariennes itératives :

à la deuxième : 11,97 %
à la troisième : 3,11 %
à la quatrième: 0,27 %

238 hypertensions artérielles - 13 %
dont 115 chez de grandes multipares.

127 indications d'ordre psychiatrique.

91 cardiopathies

86 toxémies itératives, dont 28 chez de grandes multipares.

68 tuberculoses

32 varices, dont 18 chez de grandes multipares.

36 opérations gynécologiques plastiques.

35 maladies rénales.

38 diabètes

31 affections neurologiques

24 épilepsies

10 cécités

8 pneumopathies.

7 ostéopathies

7 rétrécissements du rectum,

82 divers :
. malformations congénitales répétées
. volumineuses hernies
. colostomies

. colectomies
.. leucoses

Nous constatons ici une indication : varices et multiparité que nous retrouvons souvent chez les Anglo-saxons.

GUTTMACHER (Mont-Sinaï Hospital - U. S. A.)

119 stérilisations de 1953 à 1957 :

26 multiparités,

65 césariennes itératives

4 cardiopathies

3 hypertensions artérielles

5 périnéorraphie,

4 varices

2 cause eugénique

6 diabètes

5 psychopathies

7 divers :

. asthme
. néphrectomie
. tumeur cérébrale
. tumeur pelvienne
. algies dorsales.
.

AUGUST (U. S. A.)

606 stérilisations sur 18. 337 accouchements de 1941 à 1954

461 affections organiques - 62,5 %
pour lesquelles les indications sont portées largement et facilement.

276 "affections fonctionnelles" - 37,5 %

99 multiparité seule,

89 facteur économique isolé

49 affections mentales

29 sur simple désir de la femme,

9 mari malade !

1 discorde conjugale !

On constate ici l'acceptation de la stérilisation pour convenance personnelle.

EVERS (Grande-Bretagne)

46 stérilisations de 1956 à 1959

Indications médicales :

2 cardiopathies,

2 néphrites chroniques,

1 hypertension

2 aucune survie chez de grandes multipares

1 diabète

1 insuffisance respiratoire

1 colite ulcéreuse.

Césariennes itératives : 23

Indications psychiatriques : 3

Facteur social : 1

Iso-immunisations Rhesus graves : 8

Malformations congénitales à répétition : 1

JENSEN - LESTER (Danemark)

487 stérilisations de 1945 à 1955

78 affections médicales

123 indications d'ordre psychiatrique

190 indications d'ordre gynéco-obstétrical

92 indications sociales, après accord du Ministère de la Justice. En fait, le facteur social a joué souvent dans les autres indications.

85 varices et phlébites,

19 stérilisations eugéniques

On remarque l'importance du nombre de stérilisations pour raisons sociales pures et relatives, psychiatriques et eugéniques.

DUSSART - PIERRET (Belgique)

24 stérilisations sur 456 accouchements (0,61 %) entre 1955-1960

- 4 affections vasculo-rénales
- 3 cardiopathies
- 5 césariennes itératives
- 2 maladies héréditaires
- 2 préservations d'une plastie périnéale chez de grandes multipares,
- 8 multiparités et indications socio-économiques.

GOSSELIN - Liège (Belgique)

Sur 1.000 accouchements par an et en dix ans, 9 stérilisations pour affections médicales rendant définitivement dangereuse toute grossesse ultérieure.

La seule autre indication est la césarienne itérative et la décision est prise en cours d'intervention en fonction de l'état anatomique de l'utérus.

PIRAUX - VOLKAER - Bruxelle (Belgique)

Service du Professeur J. SNOEK

290 stérilisations sur 12.114 accouchements (23,9 %) de 1951 à 1960.

- Indications médicales absolues : 24 - 8,3 %
  - 9 cardiopathies,
  - 6 néphropathies,

4 divers.

- Indications sociales pures : 192 - 66,2 %

4 enfants vivants des deux sexes, facteurs socio-économiques défavorables.

- Indications "médicales relatives" : 46 - 15,8 %

. Facteur médical prépondérant, comprenant les césariennes itératives, mais insuffisant.

. Facteurs de relativité qui entraînent ou autorisent la décision opératoire, sont :

+ la multiparité : 2 ou 3 enfants vivants

+ le désir exprimé par la femme.

- Indications "sociales relatives" : 28 - 9,7 %

. Le facteur socio-économique prépondérant est associé à des facteurs médicaux accessoires.

H. PIGEAUD (Lyon)

30 stérilisations sur 14.000 accouchements de 1950 à 1955 ; donc les indications sont rares

- Césariennes itératives :

9 à la troisiéme
2 à la deuxième

- Indications médicales

14 cardiopathies
2 néphropathies chroniques
2 lithiases rénales avec rein unique
1 psychopathie grave.

PALLIEZ - DELECOURT (Lille)

53 stérilisations de 1949 à 1961

Toujours au cours d'une césarienne :

40 à la troisième césarienne

13 à la première césarienne chez une grande multipare.

AUCLAIR - SARFATI (Argenteuil)

37 stérilisations en cinq ans, sur 9.048 admissions.

- Césariennes itératives :

  16 à la 3ème
  4 à la 2ème
  4 à la 4ème

- grandes multiparités : 6

  ayant nécessité 1 césarienne pour raison obstétricale fortuite.

- Affections médicales graves : 7

JAMAIN - LETESSIER (Paris)

10 stérilisations sur 12.000 accouchements au cours des dix dernières années et toutes au cours d'une césarienne.

7 en raison de l'état anatomique de l'utérus

3 pour raison médicale grave (indications portées à contre-coeur par l'auteur)

LEPAGE - SUREAU (Paris)

114 stérilisations sur 24.000 accouchements, en dix ans.

- Les indications sont essentiellement d'ordre médical et obstétrical.

- Il n'y a aucune indication d'ordre social.
  La multiparité et l'âge n'intervenant jamais seuls, mais pouvant être associés à l'indication médicale.

- Il y a eu 11 stérilisations pour risque foetal.

Service du Professeur R. MERGER

Centre Médico - Chirurgical FOCH (Suresnes)

114 stérilisations sur 25.000 accouchements de 1949 à 1961

1. - Stérilisations effectuées au cours d'une césarienne : 6

- au cours d'une césarienne itérative : 41

. en règle, à la troisième

. parfois à la deuxième chez des multipares âgées ou présentant des antécédents chargés (tuberculose rénale ou pulmonaire, cardiopathie encore bien tolérée)

- au cours d'une première césarienne : 21

. hypertension chez une multipare : 1

. néphropathie, chez une primipare : 4

. cardiopathie, chez une primipare ou une secondipare : 6

. malformation du segment inférieur, chez une multipare : 1

. multipares aux antécédents chargés : 9 (tuberculose, accidents d'iso-immunisation, diabète, tumeurs du cerveau, coxarthrose, éventration).

2. - Stérilisations effectuées dans les suites de couches :

Il s'agit de multipares mères de plus de 3 enfants :

. Cardiopathies : 4

. Toxémie gravidique avec accidents neurologiques : 1

. Affection neurologique : 2

3. - Stérilisations effectuées à distance de tout accouchement : 45

- Stérilisations isolées

. grande multiparité (13 enfants) : 1

. affections médicales graves : 25 (cardiopathies, néphropathies, ostéomalacie, tuberculose pulmonaire)

- Stérilisations accompagnant un avortement thérapeutique : 7

- Stérilisations associées à une autre intervention : 12

  . Kystectomie : 1

  . Cure d'un prolapsus chez une grande multipare ou multipare âgée : 9

  . Eventration chez une multipare : 2

.
. .

LES ASPECTS JURIDIQUE et MEDICO - LEGAL de la STERILISATION FEMININE PREVENTIVE

Contrairement à l'avortement thérapeutique réglementé par le Code de la famille, il n'existe en France aucun texte législatif ou réglementaire concernant la stérilisation féminine préventive. Elle est considérée comme faisant partie des moyens thérapeutiques dont le médecin peut disposer. Il s'agit donc d'un acte médical, mais, comme tel, le médecin qui l'accomplit peut avoir à en répondre devant la justice et la responsabilité médicale reste soumise aux règles hatituelles du droit.

Quels sont les problèmes particuliers posés par la stérilisation féminine préventive ?

R. MERGER, dans une étude juridique de la question, analysant le fondement de l'action de la nature de la responsabilité médicale, montre comment celle-ci pourrait-être engagée :

"Certaines stérilisations tirent leur justification de ce qu'une grossesse future ferait courir à la patiente des dangers présumés graves ... mais il y-a des stérilisations moins nettement indiquées : maladie maternelle moins grave, susceptible de s'améliorer ou de guérir, stérilisation faite après la deuxième ou même la première césarienne. De complaisance en complaisance, on peut aboutir à la stérilisation dépourvue de toute raison médicale, sur la demande de la femme. On comprend que, ces derniers faits étant demeurés exceptionnels, les actions judiciaires aient été très rares. Mais on peut fort bien en concevoir l'éventualité ; tel cet exemple de notre connaissance : Une primipare doit subir une césarienne pour présentation du front. Au terme de la deuxième grossesse, à la demande instante de la femme, qui n'a aucune anomalie obstétricale, l'accoucheur pratique une césarienne suivie de stérilisation. Or, quelques mois après, le mari de cette femme meurt accidentellement, puis la femme, encore très jeune, contracte un second mariage. Quels seraient les attendus en cas d'action en justice intentée contre le médecin ?"

La responsabilité du médecin,

- sur le plan théorique, découle d'une violation d'un droit

fondamental reconnu par la loi : le droit à l'intégrité physique qui fait partie des droits de la personnalité (comme le sont par exemple le droit à l'intégrité morale et le droit au secret)

- sur le plan pratique, elle revêt deux formes : la responsabilité civile et la responsabilité pénale.

La responsabilité civile ressort du fait qu'il est toujours loisible à celle qui s'estime lésée d'intenter une action en dommages et intérêts.

La réparation du dommage causé consiste en l'allocation d'une somme d'argent. Le recours devant les tribunaux civils ne peut être introduit que par l'intéressée elle-même.

La responsabilité pénale

L'introduction d'une poursuite correctionnelle est possible, soit sur l'initiative de l'intéressée ou de ses ayants-droit, soit sur l'initiative du Parquet.

La sanction éventuelle, indépendante de la réparation civile, découle des articles 316, 319 et 320 du Code Pénal.

Article 316 : "Toute personne coupable du crime de castration subira la peine de travaux forcés à perpétuité, et si la mort en résulte le coupable subira la peine de mort. S'il n'y a pas eu ablation des organes génitaux, mais seulement suppression de la capacité de reproduction, il pourra être poursuivi pour coups et blessures involontaires."

L'article 319 : ".... punit, sauf circonstances atténuantes, d'un emprisonnement de 3 mois à 2 ans et à une amende de .... quiconque aura été involontairement la cause d'un homicide par maladresse, imprudence, négligence ou inobservation des règlements".

Et d'après l'article 320 : "... s'il résulte des mêmes causes, des blessures, coups ou maladies..., le coupable, sauf circonstances atténuantes, d'un emprisonnement de 15 jours à 1 an et d'une amende de ... ou de l'une de ces deux peines seulement".

A lire ces articles, on pourrait conclure que les chirurgiens devraient être condamnés à tout coup !

S'il n'en est pas ainsi, c'est que le législateur a confié au docteur en médecine un ministère qui lui donne le droit de porter atteinte à l'intégrité corporelle dans le cadre de l'acte médical dont il a, seul, le monopole.

Cet acte médical comporte :

- le diagnostic
- le traitement ;

et, à la notion traditionnelle du traitement curatif, est venue s'ajouter la notion du traitement préventif.

Le médecin a donc le droit dans le but de guérir ou de devancer la maladie de pratiquer tous actes qui pénètrent le corps humain - comme la vaccination - ou qui comportent des interventions à travers le corps humain - comme la stérilisation - .

Ce privilège, accordé au médecin, n'est valable que si l'acte a été réalisé avec le consentement de l'intéressé et dans le but de sauvegarder la santé de celui-ci.

"Il ne peut être passible des articles du Code Pénal" puisqu'il a le privilège de porter des atteintes susceptibles d'entraîner des blessures, des infirmités et même la mort, si le bienfait espéré pour la santé du patient dépassait normalement le risque couru" (SAVATIER et collaborateurs).

Autrement dit, le délit n'existe pour le médecin, et sa responsabilité civile et pénale n'est engagée, que s'il y a, à la fois préjudice et faute.

Nous allons examiner successivement ces deux points :

- LE PREJUDICE

Invoqué par l'intéressée lors de son action, peut prendre trois aspects :

. Il peut s'agir d'une complication per ou post-opératoire, ou à distance, qui a pu être cause d'une infirmité physique, partielle, temporaire ou permanente, comme cela peut se présenter pour tout type d'intervention chirurgicale.

. Ce peut être le but même de la stérilisation tubaire qui peut être présenté comme un préjudice physique - perte du pouvoir de procréation - ou comme un préjudice moral - chagrin éprouvé par suite de l'incapacité d'avoir des enfants.

. A l'inverse, c'est l'échec de la stérilisation, dont témoigne une grossesse survenue à distance suffisante de l'intervention, qui fait qu'une action en dommage peut être intentée. Une telle éventualité pourrait permettre à la partie civile d'arguer que la stérilisation n'a pas été réalisée. ULRICH cite le cas d'un chirurgien qui a été récemment poursuivi à la suite d'une salpingectomie qu'on lui reprochait de ne pas avoir pratiquée. L'hystérosalpingographie aurait témoigné de la présence d'une trompe pré-

tendue enlevée. L'expert commis en cette affaire affirma dans son rapport qu'étant donné que la trompe avait été visualisée par la radiographie, elle n'avait pas été enlevée. Cet expert ne connaissait pas les étonnantes possibilités de régénérescence de la trompe. Aussi, serait-il bon, dans l'intérêt du chirurgien, d'adresser le fragment tubaire réséqué au laboratoire. Le compte-rendu de l'examen anatomo-pathologique constituerait un document médico-légal qui éliminerait de façon péremptoire tout doute sur la possibilité d'une faute technique en cas d'un éventuel échec de l'intervention.

Cette attitude est souvent celle des gynécologues américains qui veulent se mettre à couvert en face d'une clientèle particulièrement revendicatrice aux U. S. A.

Quoi qu'il en soit, le préjudice ne peut être pris en considération que s'il est imputable à une faute du chirurgien.

- LA FAUTE MEDICALE

représente en effet la source de la responsabilité médicale telle que la conçoit le droit français .

Elle se présente sous trois aspects :

. C'est une violation des devoirs d'humanisme attachés par notre droit au ministère médical : il s'agit du consentement du malade dans le contrat médical.

. Le plus souvent, c'est un manquement aux règles de la technique professionnelle.

. C'est enfin une imprudence ou une négligence banales.

Nous n'examinerons que les deux premiers points qui peuvent prendre des caractères particuliers pour ce qui est de la stérilisation féminine.

.. Le consentement de l'intéressée est indispensable ; il doit être libre et pris en toute connaissance de cause, mais il n'est pas suffisant.

.. Le consentement est indispensable : ceci découle du premier attribut juridique de chaque personne qui est l'intangibilité corporelle et des principes de sa vie. Il n'y peut être touché par le médecin qu'avec son accord. Cette clause n'est pas toujours réalisable. En effet, au cours d'une intervention, alors que le patient est sous anesthésie générale, le chirurgien peut être amené à prendre une décision rapide et commandée par le salut du malade ou de son intégrité corporelle essentielle. Dans ce cas d'urgence, le

chirurgien prendra lui-même la décision. En revanche, toutes les fois qu'il n'y a pas urgence et si l'acte comporte des risques ou des mutilations, exigeant en raison de leurs conséquences l'adhésion normale du malade, le médecin serait en faute s'il prenait la décision, seul. L'ablation de l'organe en cause devrait être ajournée (arrêt de la Cour de Cassation du 27 Octobre 1953).

En matière de stérilisation, R. MERGER donne le commentaire suivant : "... un chirurgien opère une femme atteinte de stérilité tubaire avec l'intention de réaliser une salpingostomie ; les lésions tubaires l'obligent à faire une salpingectomie, c'est-à-dire une stérilisation ... Heureusement, en pareil cas, il n'y a pas d'action en justice, mais quand la femme n'a pas été prévenue avant l'intervention, parce que nos malades nous font confiance et savent bien que nous avons agi dans le meilleur de leur intérêt. Mais que le chirurgien ait affaire à une revendicatrice (leur nombre, hélas !, augmente), s'il n'a pas prévenu son opérée de la possibilité d'une stérilisation, il risque d'être condamné par les tribunaux, même en arguant du peu de valeur anatomique des organes de reproduction... Il faut en conclure, par analogie, que le médecin doit avoir obtenu, dans tous les cas, le consentement de la femme pour pratiquer la stérilisation".

Le consentement doit être "libre et éclairé". C'est cette formule qui est utilisée et exigée par les tribunaux. Le malade ne devrait donner son consentement que parfaitement éclairé des conséquences et des résultats de l'acte thérapeutique. Mais en présence du médecin, le malade reste nécessairement un ignorant. "Le médecin doit donc convertir la connaissance complexe et technique des faits en indication simple et approximative restant dans sa sincérité accessible au malade". (SAVATIER).

Autrement dit, la malade doit donner son consentement en parfaite connaissance de cause de l'irréversibilité habituelle de la stérilisation, de la possibilité de la perte d'un enfant, d'un remariage, etc...

Le consentement, s'il est nécessaire, n'est pas suffisant pour légitimer à lui seul une intervention qui ne se justifierait pas par l'amélioration de la santé. Par exemple, le consentement, contraire à l'ordre public, est toujours inopérant. Ainsi en a statué un arrêt de la Cour de Cassation (1er Juillet 1937), appelée à se prononcer sur des faits de stérilisation masculine avec le consentement des opérés. "Attendu que ... les prévenus ne pouvaient invoquer le consentement des opérés comme exclusif de toute responsabilité pénale, ceux-ci n'ayant pu donner le droit de violer, sur leurs personnes, les règles régissant l'ordre public".

Et R. MERGER conclut :

"l'importance de cet acte n'échappera pas au médecins qui consentiraient, pas complaisance ou faiblesse, à stériliser, sans raison suffisante, une femme qui leur en ferait la demande pressante, et une telle demande n'est nullement exceptionnelle".

Le manquement aux règles professionnelles constitue le deuxième volet de la faute médicale.

Or, en matière de stérilisation féminine préventive, il n'existe aucun traité de thérapeutique donnant avec précision les indications de l'intervention. Les experts commis en cas d'action en justice, pour éclairer le tribunal jugeant souverainement, ne concluront au bien-fondé de la stérilisation préventive uniquement qu'en fonction de leur conception personnelle du problème, et l'on sait que les divergences sur ce point sont la règle.

Or, c'est là le noeud du problème.

Comment les experts vont-ils définir le caractère abusif ou non de l'indication ?

Certes, une stérilisation à la troisième césarienne, ou chez une mitrale décompensée, une brightique, une lobectomisée, etc.. sera déclarée parfaitement légitime. A l'opposé, une ligature-résection des trompes chez une multipare ou une primipare pour simple convenance personnelle sera jugée illicite.

Mais les nombreux cas de stérilisation à la deuxième césarienne ou chez les multipares présentant des affections médicales de moindre importance, ou les stérilisations pour raisons psychiatriques ou à cause de facteurs socio-économiques défavorables ou plus simplement pour multiparité excessive ?

Comment toutes ces éventualités si fréquentes à l'étranger seraient-elles reçues et appréciées par les experts et le tribunal, même s'il est prouvé que le médecin a agi dans l'intérêt de la santé de la malade, ce qui justifie l'acte médical ? Le tribunal ne pourra-t-il pas juger qu'il y a eu violation d'une règle régissant l'ordre public, dont acte délictueux ?

Certains auteurs ont avancé l'idée d'un texte législatif qui réglementerait les indications de la stérilisation. Il nous semble qu'une telle loi irait à l'encontre du plus important des principes posés par les articles 8 et 9 du Code de déontologie, à savoir celui de la liberté de prescription du médecin traitant. Celle-ci, base de la médecine traditionnelle, envisagée comme profession libérale est reconnue par le Conseil d'Etat (12 Décembre 1953) qui la sanctionne par l'annulation des décrets et arrêtés qui la violeraient. Cependant, la liberté du médecin n'est pas absolue. On sait qu'elle comporte des limites résultant en particulier de la règlementation de la santé et de la moralité publiques.

On peut donc concevoir que la stérilisation n'apparaisse au législateur que comme un aspect de la limitation des naissances et qu'il veuille en réglementer les applications, non dans ses indications, ce qui serait illégal, mais dans sa procédure, ce qui serait valable par analogie avec l'avortement thérapeutique. Il n'y aurait ainsi plus de recours en justice possible, l'expert étant intervenu avant l'opération.

De fait, l'Académie de Médecine (1954) a adopté un point de vue qui abonde dans ce sens.

Voici les conclusions de la Commission dont LANTUEJOUL fut le rapporteur :

"Est autorisée la stérilisation préventive des femmes présentant une maladie indiscutablement non curable dans l'état actuel de la science et exposées à de très graves complications pouvant entraîner la mort, au cas de grossesse ultérieure, sous réserve d'une consultation faite dans les mêmes conditions que dans l'éventualité d'un avortement thérapeutique, c'est-à-dire consultation de trois médecins dont un expert au tribunal, établissement d'un protocole de la consultation en cinq exemplaires destinés au Conseil de l'ordre, à la malade, à chacun des trois médecins".

Comme on le voit, ce texte s'accompagne de restrictions très importantes. Il autorise la stérilisation comme complément d'une césarienne, si l'état anatomique l'impose, mais elle reste interdite dans les maladies mentales, les affections qui peuvent évoluer vers la guérison et les cas mineurs.

Si ce voeu de l'Académie de Médecine avait été transformé en texte officiel, il en serait résulté une restriction considérable des indications de la stérilisation. Par ailleurs, à notre avis, l'analogie entre stérilisation préventive et avortement légal semble plus apparente que réelle. Dans ce dernier, on tue un enfant qui pourrait naître normalement. Il s'agit donc d'un "crime" au sens juridique du terme, permis par la loi, pour le seul bénéfice vital de la mère. Il est compréhensible qu'en pareil cas le législateur intervienne. Mais dans la stérilisation, il n'y a pas de sacrifice foetal. L'intervention chirurgicale, si elle est réalisée dans le but de prévenir une maladie quelle qu'elle soit, et avec le consentement de l'intéressée, entre par conséquent dans la définition de l'acte médical type. L'indication et la technique ne dépendent donc que du médecin seul.

C'est ce principe qu'adoptent la plupart des auteurs.

Ainsi, R. MERGER pense-t-il qu'une loi serait plus une entrave qu'un guide, et fait confiance au droit coutumier et déontologique.

GROSEMANS souhaiterait cependant que la profession édicte des règles précises qui constitueraient la base sur laquelle s'appuierait le rapport des experts en cas d'action en justice.

J. R. DEBRAY, tout en déclarant que l'indication de la stérilisation ne dépend que de la conscience et de la compétence du médecin, aimerait être éclairé par des règles déontologiques et morales mises au point par la profession.

Mais, est-il possible de rédiger une liste d'indications qui aurait l'accord de tous ?

L'expérience des colloques et des congrès montre que cela est pratiquement impossible. Des médecins, tous de parfaite bonne foi, et de haute valeur professionnelle, aboutissent presque toujours à des conclusions opposées en rapport avec leurs convictions religieuses et leurs conceptions morales.

PIEDELIEVRE estime que l'assentiment de la malade et la conscience professionnelle du médecin suffisent à légitimer une stérilisation accomplie dans ces conditions.

Il s'agit de se conformer aux règles générales de la morale professionnelle, supérieure au droit. Si le médecin a agi en parfaite honnêteté, il n'aura aucun reproche à se faire.

Le Conseil National de l'Ordre, dans son Bulletin de Mars 1955, tout en laissant au médecin la liberté dans l'indication, a donné un avis nuancé et assez réservé.

Il interdit la stérilisation à but uniquement anticonceptionnel et estime que la stérilisation pratiquée dans un esprit de thérapeutique préventive et intervenant dans des circonstances exceptionnelles, demeure un acte lourd de conséquences, en opposition avec la morale, le plus généralement admise. Le médecin qui en conscience et pour des motifs défendables la pratique en assume l'entière responsabilité.

Le Conseil National de l'Ordre conseille :

- la rédaction par le médecin d'un protocole, à son propre usage, expliquant les raisons qui l'y ont déterminé ;

- la notification de sa décision au Conseil Départemental de l'Ordre (sans indication de personne).

Tels sont actuellement les principaux éléments qui régissent les rapports du médecin qui pratique la stérilisation féminine préventive avec le droit et la jurisprudence.

CONCLUSIONS

I. - LA STERILISATION TUBAIRE POSE PEU DE PROBLEMES TECHNIQUES

1°) Les procédés actuellement les plus employés :

(- ligature-résection
- POMEROY
- MADLENER-POMEROY

sont simples et rapides. Bien exécutés, ce qui est facile, ils sont exceptionnellement suivis d'échecs.

2°) Cependant, on peut discuter, lorsque la stérilisation est isolée, de la valeur respective de la voie basse et de la voie haute, ou de sa réalisation immédiatement dans les suites de couches, ou à distance de l'accouchement.

3°) Des complications, parfois très graves, sont toujours possibles ; mais elles restent très rares. On les rencontrerait plutôt quand la stérilisation accompagne une autre intervention (césarienne, avortement, opération gynécologique plastique).

4°) En revanche, le retentissement psychique de la stérilisation n'est pas négligeable. Dans un certain nombre de cas, non prévisible, on peut constater des troubles du comportement et de la sexualité.

5°) Quant aux procédés de stérilisation temporaire (essentiellement enfouissement du pavillon tubaire) et de refertilisation après stérilisation (réimplantation ou anastomose), le petit nombre de cas publiés ne permet pas de porter un jugement définitif. Cependant, il semble qu'ils mériteraient un plus grand développement.

II. - C'est dans les PROBLEMES SOULEVES par les INDICATIONS de la STERILISATION FEMININE PREVENTIVE que RESIDENT ACTUELLEMENT L'IMPORTANCE et l'INTERET de la QUESTION.

On peut schématiquement distinguer deux grands groupes d'indications :

1°) Dans un premier groupe, il s'agit des cas où toute grossesse ultérieure

- menace directement la vie de la malade
- ou aggrave sévèrement un état pathologique antérieur;
- ou bien encore se révèle dangereuse à cause d'une cicatrice utérine vicieuse ou itérative.

Dans toutes ces éventualités, la stérilisation préventive, pratiquée avec le consentement de l'intéressée, entre dans le cadre dela définition juridique de "l'acte médical". Quel que soit l'aspect moral du problème, les règles déontologiques, la jurisprudence et le droit seront en accord avec le médecin.

2°) Dans un deuxième groupe, il s'agit d'indications controversées, dont les incidences médico-légales et juridiques ne sont pas clairement définies.

C'est le cas de la prévention de la grossesse chez :

- les malades mentales
- les mères de plusieurs enfants, guéries d'une affection graves, mais diminuées dans leur résistance physique.
- les multipares qui ne peuvent supporter la charge matérielle d'une famille nombreuse, à cause de mauvaises conditions économiques.

Certes, nous touchons là à deux problèmes qui ne ressortent pas directement du ministère médical :

. d'une part, celui de l'amélioration des conditions d'habitat des familles nombreuses et surtout de l'élévation de leur niveau de vie. C'est ici affaire politique de gouvernement et de parlement.

. d'autre part, celui de la limitation légale des naissances; dont l'esprit reste interdit par l'article 650 du Code de la Famille. C'est ici affaire de législation et de règlementation d'ordre public.

Cependant, en attendant l'établissement de meilleures conditions économiques et sans vouloir aborder le débat du contrôle

des naissances généralisé, il nous semble incontestable ainsi qu'à de nombreux auteurs, qu'il existe d'authentiques indications médicales à la limitation des naissances pour raisons socio-économiques.

C'est ainsi que des grossesses répétées, chez une mère de famille nombreuse, épuisée par une maladie, même guérie, ou vivant à l'étroit, sans hygiène, sans ressources matérielles suffisantes, peuvent aboutir à un état pathologique certain, que le médecin, car c'est sa fonction, ne peut ignorer. Il peut se caractériser, non seulement par une détérioration absolue de la santé morale et psychique de la femme, mais aussi par une dégradation plus ou moins prononcée de sa santé physique.

Le fait que les deux tiers des avortements provoqués (et il y en a plusieurs centaines de milliers par an en France) se voient chez des femmes mariées montre l'ampleur et la gravité du problème ; d'autant qu'à chaque manoeuvre abortive une femme risque sa vie ou compromet gravement sa santé.

Par ailleurs, on peut considérer que la multiparité accroît les risques de mortalité maternelle : 4 fois plus important après le 4ème enfant.

Certains auteurs, comme J. SNOEK, estiment même qu'il serait légitime, en ces cas, d'invoquer la notion de "surmenage utérin" et sa mise au repos au même titre qu'une fonction cardiaque ou pulmonaire fatiguée.

Mais la stérilisation préventive représente-t-elle la meilleure façon de prévenir une grossesse jugée indésirable pour toutes les raisons plus haut mentionnées ? Ne serait-il pas préférable d'utiliser en premier lieu des moyens contraceptifs ? Ainsi pourrait-on éviter à la fois une intervention chirurgicale et le caractère définitif d'une stérilité qui pourrait être regrettée plus tard et être la base de troubles psychiques.

Certes, leur efficacité n'est pas toujours absolue. L'emploi des procédés mécaniques présente une certaine contrainte et nécessite de la part des époux un certain degré d'intelligence et de coopération. L'administration prolongée des progestogènes ne semble pas exempte d'inconvénients.

Néanmoins, la prescription d'une thérapeutique contraceptive permettrait vraisemblablement de restreindre le champ d'application de la stérilisation chirurgicale. Celle-ci ne serait envisagée qu'en dernier recours, après échecs ou impossibilité d'appliquer les méthodes anticonceptionnelles et après avoir, le temps écoulé, réévaluer la gravité du risque grossesse.

Pour le moment, le législateur n'estime pas souhaitable une telle solution, si bien que la stérilisation chirurgicale reste le seul moyen de supprimer la fécondité en de pareilles circonstances.

Sur le plan juridique, sa légitimité apparaît ; par conséquent, assez problématique.

EN CONCLUSION :

- Parce qu'il existe d'indéniables indications médicales à la limitation des naissances pour raisons socio-économiques,

- Parce que cette question touche à des règles régissant l'ordre public et que le médecin ne peut s'arroger le droit, à lui seul, d'y porter atteinte, et ce en tenant compte à la fois de son civisme et de sa sécurité.

il semble souhaitable que le législateur se penche sur ce problème et, par un texte officiel :

- abolisse la loi de 1920

- ou, de façon plus restrictive, reconnaisse le bien-fondé de la limitation des naissances quand des grossesses répétées risquent de porter atteinte à la santé de la mère, quelles qu'en soient les raisons.

Dans ce dernier cas, la stérilisation chirurgicale apparaîtrait comme une technique contraceptive, la plus sûre actuellement mais certainement pas la meilleure dans l'avenir.

Vu, le Président de Thèse : Vu, le Doyen de la Faculté :

M. R. MERGER M. L. BINET

Vu et permis d'imprimer
le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

ADAMS, SCHREIR Amer. J. of Obst. and Gyn. 73, 680 1957

ALDRIDGE Am. J. of Obst. and Gyn. 27, 741, 1934

ANDREWS, ANDREWS Am. J. of. Obst. Gyn. 70, 1232, 1955

AUGUST Obst. and Gyn. 55, 715, 1955

AUCLAIR, SARFATI Rev. Fr. Gyn. Obst. 56, 161, 1961

BARNE, ZUSPAN Am. J. of Obst. Gyn. 75, 65, 1958

BERTHELSEN Danish. Med. Bull. 4, 107; 1957

BIRNBAUM J. A. M. A. 175, 951, 1961

BLOCH Gynaoecologia 130, 409, 1950

BOURG Bull. Soc. Roy. Belge Gyn. Obst. 31, 477, 1961

BOYSEN, Mc RAE Am. J. Obst. Gyn. 58, 488, 1949

BUTLER, GAMBLE Am. J. Obst. Gyn. 62, 420, 1951

CHABRUT Bull. Soc. Gyn. Obst. 18, 190, 1929

CHOSSON Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. 11, 472, 1959

COLMERO, LAFORET Rev. Esp. Obst. Gin . 9, 122, 1950

CRAIG Am. J. Obst. Gyn. 74, 328, 1957

DEES Am. J; Obst. Gyn. 82, 572, 1961

DESHAIES Presse Med. 68, 87, 1960

DEWURST J. Obst. Gyn. Brit. Emp. 60, 76, 1953

DE VILBIS Am. J. Obst. Gyn. 29, 563, 1935

DICKINSON J. A. M. A. 92, 373, 1929

DIECKMAN, HAUSER Am. J. Obst. Gyn. 55, 308, 1948

DIPPEL Surg. Gyn. Obst. 71, 94, 1940

DUBREUIL Colloque sur la fonction tubaire, Paris Masson, 1955

DUBUIS Gyn. Obst. 56, 182, 1957

DUSSART, PIERRET Bull. Soc. Roy. Belge gyn. Obst. 31, 465, 1961

EVANS Am. J. Obst. Gyn. 66, 393, 1953

EVERS Practitioner, 185, 168, 1960

FAYOT - PETITMAIRE Sem. Hôp. Paris 31, 3804, 1953

GAUJOUX, GAUJOUX Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. 7, 60, 1955

GIRAUD J. Ch. Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Obstétrique, T. I.

GOSSELIN Bull. Soc. Roy. Belge Gyn. Obst. 31, n° 6 (1961)

GRANJON, LOFFREDO - Presse Méd. 70, 469, 1962

GRAYBURN J. Obst. Gyn. Brit. Emp. 65, 460, 1958

GREEN Inter. Med. Dig. 74, 210, 1959

GREEN - ARMYTAGE J. Obst. Gyn. Brit. Emp. 63, 629, 1956

GROSEMANS Bull. Soc. Roy. Belge Gyn. Obst. 31, 521, 1961

GUIGUI Thèse Paris, n° 984, 1953

GUTTMACHER Fert. Ster. 8, 591, 1957

HEARIN Am. J. Obst. Gyn. 72, 1207, 1956

HERVET, SCHRAMM, DUFAY - Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. Paris, Séance de Mars 1962

HEWITT, WHISTLEY Am. J. Obst. Gyn. 39, 649, 1940

HORNSTEIN, KAY Obst. Gyn. 13, 337, 1959

HUGUIER, GRANJON Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. Paris, Séance Mars 1962

HYAMS Am. J. Obst. Gyn. 28, 96, 1934

IRVING Am. J. Obst. GYn. 60, 1101, 1950

JAMAIN, LETESSIER Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. Paris, Séance de Mars 1962

JENSEN, LESTER Acta Obst. Gyn. Scand. 36, 324, 1957

JERLOV Act. Obst. Gyn. Scand. 23, 284, 1943

KIRSCHNER, KIMBAL J. A. M. A. 175, 1181, 1961

KNIGHT, Van DICK Am. J. Obst. Gyn. 1946, p. 101

KOHL Obst. Gyn. 7, 396, 1956

KOHLER Arch. f. Gyn. 180, 271, 1951

KOLLER Arch. f. Gyn. p. 485, 1935

LANTUEJOUL P. Bull. Head. Nat. Med. 118, 444, 1954

LEE, RANDALL, KEETEL Am. J. Obst. Gyn. 62, 568, 1951

LECONTE des FLORIS C.R. Soc. Frse Gyn. 24, 99, 1954
" " " " 25, 252, 1955

LAFFONT Congrès de Gynécologie et d'Obstétrique Bruxelles, 1929

LEROUX, LABOUX Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. 4, 979, 1952

LEWIS, SAVEL, IRVING, PERLMUTTER
Am. J. Obst. Gyn. 80, 1192, 1960

LULL, MITCHELL Am. J. Obst. Gyn. 59, 1118, 1950

MADLENER Zent. f. gyn. 40, 360, 1919

MERGER R. Gynécologique et Obstétrique, 58, 111, 1959

Bull. Soc. Roy. Belge Gyn. Obst. 31, 529, 1961

Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. Paris, séance Mars 1962

MERGER R., LEVY J., MELCHIOR J.
Encyclopédie médico-chirurgicale Gynécologie, tome 1
Précis d'obstétrique, Paris 1961, Masson

MEYER, CONTISS Am. J. Obst. Gyn. 77, 1240, 1959

MILLIEZ & Coll. B.M. Soc. Med. Hôp. Paris 71, 55, 1955

MONTAGUE Obst. Gyn. 14, 28, 1959

NEUMANN, FRICK Am. J. Obst. Gyn. 81, 803, 1961

PALLIEZ, DELECOUR Bull. Soc. Roy. Belge Gyn. Obst. 31, 493, 1961

PALMER R. Colloque sur la grossesse extra-utérine Paris 1961, Masson

Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. Paris, Séance Mars 1962

PESTRE Encyclopédie médico-chirurgicale Obstétrique, tome 1

PIEDLIEVRE Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. Paris, séance Mars 1962

PIGEAUD H. Rev. Fr. Gyn. Obst. 50, 1, 1950

PIRAUX, VOKAER Bull. Soc. Roy. Belge Gyn. Obst. 31, 497, 1961

POKROWSKY La gynécologie, 31, 363, 1932

PORTER, SUTHERLAND, BROWN
Am. J. Obst. Gyn. 74, 341, 1957

PORTES, GRANJON, MAYER
Gyn. Obst. 47, 2, 1948

PRYSTOWSKY, EASTMAN J.AMA 158, 463, 1955

ROCHAT Bull. Ass. Gyn. Obst. Langue Fse
2, 387, 1950

RUSSEL Clin. Obst. Gyn. 1, 967 (1958)

SANDBERG Obst. Gyn. 11, 59, 1958

SANDLER Am. J. Obst. Gyn. 76, 41, 1958

SAPPEY Gyn. Obst. Supp. 6, 66, 1954

SA SAUTER Sch. Med. Wschr. 84, 325, 1954

SAVAYIER & Coll. Traité de Droit médical, Paris, 1956

SERGEJEW Zb. Gyn. 67, 1191, 1943

SJEARES J. Obst. Gyn. Brit. Emp. 65, 419, 1958

SNOEK J. Bull. Soc. Roy. Belge Gyn. Obst.
31, n° 5, 1961

SOLAL R. Presse Med. 62, 1466, 1954
C.R. Soc. Fr. Gyn. 29, 297, 1959

STEIN & Coll. Am. J. Obst. Gyn. 55, 875, 1948

STRINGER New-York J. Med. 52; 1443, 1952

TELINDE Operative Gynecology, Philadelphie, 1953

TOURAINE Presse Médicale, 584, 1959

ULRICH C.R. Soc. Fr. Gyn. 29, 299, 0959

VAYSSIERE, SERMENT Bull. Fed. Soc; Gyn. Obst.
4, 743, 1952

VELLAY C.E. Soc. Fr. Gyn. 345, 1958

WAINER, CASTALLO Clinical Obst. Gyn. 2, 789, 1959

WHITACHRE, LOEB Am. J. Obst. Gyn. 52, 1041, 1946

WILLIAMS, JONES, MERRILL, Am. J. Obst. Gyn. 61, 423, 1951

°
° °

TABLE des MATIERES

	Pages
INTRODUCTION	1
LES TECHNIQUES DE LA STERILISATION TUBAIRE	3
LES VOIES D'ABORD DE LA STERILISATION TUBAIRE	11
LE TEMPS OPTIMUM DE LA STERILISATION TUBAIRE	17
LES COMPLICATIONS DE LA STERILISATION	23
LES CONSEQUENCES LOINTAINES DE LA STERILISATION	29
LES ECHECS DE LA STERILISATION TUBAIRE	37
L'HYSTERECTOMIE ENVISAGEE COMME PROCEDE DE STERILISATION	47
LA STERILISATION TEMPORAIRE	51
LES INDICATIONS DE LA STERILISATION FEMININE	59
Les aspects juridique et médico-légal de la STERILISATION FEMININE PREVENTIVE..	87
CONCLUSIONS	95
BIBLIOGRAPHIE	99
TABLE DES MATIERES	103

AGEMP
POLYCOPIE
8, rue Dante
PARIS-Ve
Telephone : ODÉon 58-90